



Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte
Departamento de Psicologia

**Qualidade de Vida em Pacientes com Tumores
Cerebrais Primários. Relações com variáveis
sócio-demográficas, clínicas, psicológicas e
neurocognitivas.**

Elisabete Cristina da Silva Andrade de Sá Braga

Orientador: Prof. Doutor Bruno Peixoto

Mestrado em Neuropsicologia Clínica

Gandra, Março 2011



**Qualidade de Vida em Pacientes com Tumores
Cerebrais Primários. Relações com variáveis
sócio-demográficas, clínicas, psicológicas e
neurocognitivas.**

**Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte
Departamento de Psicologia**

**Qualidade de Vida em Pacientes com Tumores
Cerebrais Primários. Relações com variáveis
sócio-demográficas, clínicas, psicológicas e
neurocognitivas.**

Elisabete Cristina da Silva Andrade de Sá Braga

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Neuropsicologia
Clínica, submetida ao Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
sob a orientação do Prof. Doutor Bruno Peixoto

Gandra, Março 2011

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial ao meu marido pela paciência que demonstrou para comigo e pelo companheirismo que mais uma vez revelou.

À minha família pela compreensão demonstrada pelas minhas ausências.

Aos amigos e colegas, em especial à minha colega e agora amiga Susana pelos momentos de trocas de angústias e, a todas as pessoas que de alguma forma me acompanham e apoiam no meu percurso com os obstáculos e metas inerentes, mas que garantem o meu crescimento pessoal.

Um especial agradecimento, ao Prof. Doutor Bruno Peixoto, orientador da dissertação, pelo apoio, dedicação e paciência, pela disponibilidade que sempre demonstrou ao longo do desenvolvimento deste trabalho, pelos seus comentários e sugestões enriquecedoras, bem como, pelo seu enorme contributo na minha aprendizagem e crescimento profissional e pessoal.

Ao Doutor Rui Ramos, Serviço de Psicologia da Unidade de Saúde Local de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano, pelos seus ensinamentos clínicos que me enriqueceram profissional e pessoalmente.

Ao Dr. Mário Resende e toda a equipa do Serviço de Neurocirurgia da Unidade de Saúde Local de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano, pelo acolhimento e colaboração, bem como, a sua receptividade a esta investigação.

E a todos aqueles que de uma forma directa ou indirectamente colaboraram na realização deste estudo.

INDICE GERAL

Índice de figuras.....	VII
Índice de tabelas	VIII
Lista de acrónimos e abreviaturas	IX
Resumo/Abstract	X/XII
Introdução	1
PARTE I – Enquadramento epístemo-conceptual da Qualidade de Vida enquanto objecto de investigação empírica	5
1. Qualidade de Vida	6
2. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	9
3. Doença Oncológica e Qualidade de Vida	11
4. Neuro-oncologia e Qualidade de Vida	13
5. Funções Cognitivas	15
6. Tumores Cerebrais Primários	17
PARTE II – Abordagem experimental da Qualidade de Vida	22
1. Objectivos e Hipóteses Experimentais	23
2. Metodologia	24
2.1. Amostra	24
2.2. Instrumentos de Avaliação	28
2.2.1. Entrevista semi-estruturada	28
2.2.2. QLQ-C30 – Quality of Life Questionnaire (versão 3.0 em português)	28
2.2.3. BSI – Brief Symptom Inventory	30
2.2.4. Teste do Relógio	31
2.2.5. TMT A and B – Trail Making Test part A and B	32

2.2.6. Teste das cores e das palavras de Stroop	33
2.2.7. WMS – Wechsler Memory Scale: Subprova Memória Lógica	34
2.2.8. BADS – Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome: Subprova Procura da Chave	34
2.2.9. WAIS - Wechsler Adult Intelligence Scale: Subprova Memória de Dígitos e Código.....	35
2.3. Procedimentos.....	36
2.4. Análise Estatística	37
3. Resultados	38
4. Discussão	45
5. Conclusão	59
Referências Bibliográficas	i
Anexos	a
1. Anexo I.....	b
2. Anexo II.....	f
3. Anexo III.....	g
Artigo	A

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Compreensivo do Estudo	23
Figura 2 – Resultados obtidos no QLQ-C30 - Escalas Funcionais	39
Figura 3 – Resultados obtidos no QLQ-C30 – Escalas de Sintomas	39
Figura 4 – Resultados obtidos no BSI	41

INDICE DE TABELAS

Tabela I – Descrição das características sócio-demográficas da amostra	25
Tabela II – Descrição das características clínicas da amostra	27
Tabela III – Resultados obtidos pela amostra no QLQ-C30	38
Tabela IV – Estatística descritiva dos resultados obtidos no BSI	40
Tabela V – Resultados obtidos na Avaliação Neuropsicológica	41
Tabela VI – Comparação dos resultados obtidos no QLQ-C30 com os obtidos pelo EORTC QLQ-C30 (2008)	48
Tabela VII – Cotação do Teste do Relógio segundo Shulman et al. (1993)	c
Tabela VIII – Cotação da subprova Procura da chave da BADS	d

LISTA DE ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

QdV	Qualidade de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHOQOL Group	World Health Organization Quality of Life Group
QdVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
TCP	Tumores Cerebrais Primários
EORTC	European Organization for Research and Treatment of Cancer
QLQ-C30	Quality of Life Questionnaire-C30
RMN	Ressonância Magnética Nuclear
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BSI	Brief Symptom Inventory
C.I.D. -10	Classificação Internacional de Doenças
D.S.M.IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
TMT A and B	Trail Making Test Part A and B
WMS	Wechsler Memory Scale
BADS	Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome
WAIS	Wechsler Adult Intelligence Scale

RESUMO

Qualidade de Vida (QdV) é um conceito muito subjectivo e abstracto, pois é percebida e vivenciada pelos indivíduos de forma diferente. Facilmente se percebe que quando se fala em QdV não se refere apenas a ausência de uma doença, esta é mais abrangente do que apenas a saúde física e psicológica, englobando muitos outros factores que devem ser considerados na sua avaliação, nomeadamente, os sentimentos e os comportamentos relacionados com as actividades diárias.

Os tumores cerebrais acarretam um grande impacto na vida dos pacientes e podem ser uma fonte significativa de incapacidade, visto que têm fortes implicações ao nível de várias vertentes da vivência humana, nomeadamente ao nível da condição física do sujeito, da sua capacidade cognitiva, da sua vertente psicológica, social e económica, conduzindo a um declínio ao nível da sua QdV. Com o aumento da prevalência do cancro e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico na área da saúde, verificou-se um aumento da esperança de vida destes pacientes, levando a que a oncologia se visse confrontada com a necessidade de passar a ter em consideração as condições de vida dos pacientes e não apenas os efeitos directos do tumor, do tratamento ou da sua sobrevida. Por conseguinte, o uso de ferramentas de avaliação da QdV tem evidenciado uma importância preponderante.

Neste estudo propusemo-nos avaliar a percepção da QdV dos pacientes com tumores cerebrais primários, a influência de factores sócio-demográficos, clínicos, psicopatológicos e do funcionamento cognitivo, e de que forma estes se correlacionam. Para tal, foram avaliados 30 pacientes com o diagnóstico de tumor cerebral primário, de ambos os sexos, do internamento e Consulta Externa do Serviço de Neurocirurgia da Unidade Local Saúde de Matosinhos - Hospital Pedro Hispano. Foram administrados o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30), o *Brief Symptom Inventory* (BSI), o Teste do Relógio, *Trail Making Test part A and B* (TMT A, B), Teste das Cores e das Palavras de Stroop, *Wechsler Memory Scale* (WMS)

Subprova Memória Lógica, *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome* – Subprova Procura da Chave, *Wechsler Adult Intelligence Scale* – Subprovas Memória de Dígitos e Código.

Quanto aos resultados obtidos, pudemos verificar que as diferentes variáveis, sejam elas sócio-demográficas, clínicas, psicopatológicas ou neurocognitivas influenciam os diferentes índices do QLQ-C30. Observou-se que as mulheres apresentam um melhor índice de Estado de Saúde Geral/QdV e Funcionamento de Papéis do que os homens. Verificou-se, também, que os pacientes solteiros apresentaram um pior Funcionamento Emocional e uma maior severidade do sintoma Diarreia. Os indivíduos com tumores neuroepiteliais revelaram uma menor severidade no sintoma Perda de Apetite do que pacientes com outro tipo de histopatologia. Verificou-se que pacientes com tumores de alto grau de malignidade apresentavam um índice de Fadiga mais elevado e maiores Dificuldades Financeiras. Ao nível da psicopatologia verificou-se que todos os itens que compõem o BSI influenciam diversos índices do QLQ-C30, nomeadamente um aumento desses provocará uma diminuição ao nível do Funcionamento Físico, Social, Emocional, Cognitivo e do Funcionamento de Papéis e um agravamento da sintomatologia de Fadiga, Diarreia, Obstipação, Náuseas/Vómitos, Dificuldades Financeiras, bem como do Estado de Saúde Geral/QdV. Os dados neurocognitivos obtidos levantam-nos algumas questões, visto que sugerem que a elevação de algumas funções neurocognitivas se associa a um pior índice de funcionamento nestes indivíduos, levando-nos a inferir que as correlações encontradas entre as dimensões do QLQ – C30 e o plano neurocognitivo não são sustentáveis nem se enquadram em nenhuma perspectiva teórica, deduzindo apenas que se tratará de uma associação fortuita de variáveis.

A decorrente mudança na abordagem da avaliação destes pacientes, em que se enfatiza a sua QdV, abordando domínios tais como a saúde física, mental e social, em detrimento da visão mais tradicionalista em que se privilegiam os factores biológicos, são motivo de aumento da pertinência deste tipo de investigações.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, EORTC QLQ-C30, Tumores Cerebrais Primários e Neuro-oncologia.

ABSTRACT

Quality of Life (QoL) is a very subjective and abstract concept, because it is perceived and experienced by individuals differently. It is easily seen that when it comes to QoL it does not refer merely to the absence of a disease, it is broader than just the physical and psychological health, encompassing many other factors to consider in its assessment, particularly the feelings and behavior related to daily activities.

Brain tumors cause a great impact on the lives of patients and can be a significant source of disability, because they have strong implications in various aspects of human experience, particularly in terms of physical condition of the subject, cognitive ability, their psychological aspects, social and economic, leading to a decline in terms of their QoL. With the increasing prevalence of cancer and the technological and the therapeutic development in health, there was an increase in life expectancy of these patients that confronted the oncology with the need to start taking into consideration the living conditions of the patients and not just the direct effects of the tumor, the treatment or survival. Therefore, the use of QoL assessment tools is demonstrating great importance.

In this study we decided to evaluate the perceived QoL of patients with primary brain tumors, the influence of socio-demographic, clinical psychopathological and cognitive functioning, and how they correlate. To this end, we evaluated 30 patients diagnosed with primary brain tumor in both sexes, from inpatient and outpatient from Neurosurgery Department from *Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano*. We used the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), the Brief Symptom Inventory (BSI), the Clock Drawing Test, Trail Making Test part A and B (TMT A, B), Stroop Color Test, Wechsler Memory Scale (WMS) Logical Memory Subtest, Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome – Key Search Subtest, Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) – Digit Span and Digit Symbol Coding.

In the matter of the results obtained, we observe that the different variables, by the socio-demographic, clinical, psychopathological and neurocognitive influence the various indices of the QLQ-C30. It was observed that women have a better index of general health status/QoL and Role Functioning than men. The single patients showed a worse emotional functioning and greater severity of the symptom Diarrhoea. Individuals with neuroepithelial tumors revealed a lower symptom severity of Appetite loss than patients with other types of histopathology. It was found that patients with tumors of high grade malignancy had a higher rate of fatigue and greater financial difficulties. At the level of psychopathology it was found that all items that compose the BSI influence several aspects of the QLQ-C30, such an increase will cause a reduction of the level of Physical Functioning, Social, Emotional, Cognitive and Role Functioning and a worsening of symptoms of fatigue, diarrhea, constipation, nausea / vomiting, financial difficulties, and the General Health Status/QoL. The neurocognitive data obtained raise us some questions, since it suggests that the elevation of some neurocognitive functions is associated with a worse index of functioning in these individuals, leading us to infer that the correlations between the dimensions of the QLQ - C30 plane and neurocognitive are not sustainable nor fit into any theoretical perspective, deducting only that it will be a random association of variables.

The change in the approach to assessing these patients, which emphasizes their QoL by addressing areas such as physical health, mental and social, rather than the more traditional view that preference is given to biological factors, are the reason of increasing relevance this type of investigation.

Keywords: Quality of Life, EORTC QLQ-C30, Primary Brain Tumors and Neuro-oncology.

1 - INTRODUÇÃO

A qualidade de Vida (QdV) é um conceito relativamente abstracto, subjectivo e de difícil definição, visto ser vivenciada e percebida de uma forma multifactorial de indivíduo para indivíduo. No entanto, na tentativa de se chegar a uma definição global, no intuito de haver uma uniformização ao nível da mensuração deste conceito e na construção de escalas validadas interculturalmente capazes de avaliar de uma forma mais objectiva e quantitativa a percepção de QdV, foram surgindo várias definições, sendo que, em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu a QdV como *“a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”*. Para um indivíduo se sentir bem não basta haver ausência de doença mas é necessário um bem-estar no domínio biopsicossocial (WHOQOL Group, 1993).

Como é facilmente compreensível, para um indivíduo ter QdV não basta estar na ausência da doença, mas obviamente que a presença de uma doença implica necessariamente uma diminuição na QdV.

Desta forma surgiu o interesse na avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QdVRS), no intuito de se avaliar o impacto que determinada doença poderá exercer no indivíduo. Enquanto que o termo QdV é um termo mais amplo e generalista, podendo abranger um determinado tipo de população saudável ou não, a QdVRS encontra-se relacionada a um tipo de doença específico, a uma determinada intervenção ou tratamento em saúde e que dependerá das representações que o doente tem acerca desta (Pais Ribeiro, 2009).

A doença oncológica habitualmente acarreta um efeito devastante para os pacientes e suas famílias, afectando-os em todas as suas vertentes humanas, sendo estas física, psicológica, social e económica. Trata-se também de um grave problema não só pessoal, por parte dos pacientes, mas também de saúde pública, acarretando elevadíssimos custos ao nível económico e social. Com a evolução do conhecimento científico e médico, aliados ao desenvolvimento de novas armas terapêuticas contra o cancro, a esperança de vida destes pacientes passou a ser muito mais prolongada, passando por vezes a ser considerada uma doença crónica e não, como se considerava até então, uma fatalidade. Esta melhoria existente ao

nível dos tratamentos acarreta os seus custos, visto que estes por vezes podem ser bastante agressivos, sendo complexos e frequentemente tóxicos (Pimentel, 2003).

O facto de haver um prolongamento significativo da esperança de vida destes sujeitos implica que se dê maior ênfase às sequelas a longo prazo inerentes à doença e ao seu tratamento (Charalambides, Dinopoulos & Sgouros, 2009).

Muitas vezes avalia-se o sucesso de uma determinada terapêutica abordando o seu efeito em termos de aumento da esperança de vida, efeitos secundários e taxa de recaída, esquecendo-se por vezes a avaliação da QdV associada (Pimentel, 2003), ou seja, tal como referia Fleck e seus colaboradores (1999), “...na busca de acrescentar anos à vida, é deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos”.

O paciente tem uma perspectiva multifactorial sobre a sua patologia, sendo que a doença lhe altera todo o seu funcionamento quotidiano, na perspectiva em que este é confrontado com o diagnóstico, com a diminuição das suas capacidades físicas, cognitivas e emocionais, tendo de suportar, ainda, as complicações associadas aos tratamentos, o estigma social inerente a esta doença e o facto de ter a noção que se poderá confrontar com a morte ou com a diminuição da esperança de vida. Todos estes factores devem ser tidos em conta na avaliação destes pacientes, levando-nos a concluir que essa avaliação não pode ser feita da forma clássica, mas deve ter em consideração a QdV (Pimentel, 2003).

Os tumores cerebrais têm alguma especificidade dentro das diversas formas de cancro, visto que, estes pacientes para além de terem de lidar com todas as complicações inerentes à neoplasia, são também confrontados com a possibilidade de haver um declínio das suas capacidades cognitivas, que poderão ser mais focais e específicas, dependendo da localização do seu tumor (Klein et al., 2002).

Não existem muitos estudos que correlacionem o impacto dos tumores cerebrais, com o declínio cognitivo e conseqüente diminuição dos índices de QdV.

Dada a escassez de estudos neste âmbito em Portugal, torna-se pertinente a abordagem deste tema, tentando-se evidenciar o impacto na QdV de uma forma multidimensional dos pacientes que padecem de Tumores Cerebrais Primários (TCP), pretendendo-se ainda tentar fazer ou perspectivar a existência de uma

relação entre o funcionamento cognitivo e a diminuição da percepção de QdV por parte dos doentes.

De seguida será realizado o enquadramento teórico que nos servirá de linha orientadora do nosso raciocínio, seguido da caracterização dos aspectos metodológicos, convencionados para esta investigação, no intuito de caracterizar todas as implicações metodológicas envolvidas na mesma.

2 - ENQUADRAMENTO EPÍSTEMO-CONCEPTUAL

1. QUALIDADE DE VIDA

O conceito de QdV começou a surgir e a ser utilizado com uma maior frequência a partir dos anos 60, mais precisamente no ano de 1964 quando o presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, declarou: “*Os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*” (Franzi & Silva, 2003; Leal, 2008). Esta frase foi a pedra basilar para se dar seguimento ao início do estudo deste tema.

Ao longo dos anos foram diversas as definições de QdV que foram surgindo. No entanto, o facto de existirem outros conceitos utilizados como sinónimos de QdV e, também por este se tornar num conceito popular, muito utilizado na linguagem comum, dificultou esta tarefa, tornando-se num dos principais obstáculos à sua discussão e delimitação científica. McGuire (1991) refere que a problemática está no facto de todos terem a sua própria ideia do que é a QdV (citado em Pais Ribeiro, 2009).

Ao longo da década de 90, verificou-se um crescimento pelo interesse de investigação da QdV, tornando-se num dos conceitos mais utilizados e mais investigados (Pais Ribeiro, 2001).

A diversidade de definições existentes para o conceito de QdV associada à diversidade de instrumentos de avaliação desenvolvidos, a maior parte deles sem bases científicas, levou a que a OMS, nos anos 90, reunisse um grupo de peritos de diferentes culturas, perspectivando o desenvolvimento do conceito QdV e a construção de um instrumento para a sua avaliação, que privilegiasse uma perspectiva transcultural e subjectiva. Nasceu, desta forma, o *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL). (Canavarro, Pereira, Simões, Pintassilgo & Ferreira, 2008).

Segundo o WHOQOL Group o conceito de QdV deveria basear-se em três aspectos fundamentais: (1) subjectividade, relacionada com a percepção do próprio sujeito e que depende da sua experiência de vida, cultura e valores; (2) a

multidimensionalidade, as várias dimensões que envolvem a avaliação de QdV e (3) a bipolaridade, a presença de dimensões positivas e negativas. (Canavarro & Pereira, s.d.; Machado & Sawada, 2008).

Assim, QdV é definida pela OMS como “*a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Nesta definição estão englobados seis domínios: saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relacionamento social, crenças pessoais e as suas relações com os elementos essenciais do meio. (WHOQOL Group, 1993).

Esta definição vem demonstrar que a percepção de QdV pelos pacientes é algo muito mais abrangente do que apenas a saúde física e psicológica. Para se ter QdV é necessário valorizar-se aspectos mais diversificados, tais como: a relação do sujeito consigo próprio, com a família, os amigos ou outras pessoas que lhe sejam significativas, com o seu meio envolvente, incluindo-se o local onde vive, é ainda importante a disponibilidade de tempo existente para ser dispensada em actividades do dia-a-dia, mas também ter tempo para outras actividades recreativas e de lazer, ou para actividades que façam o sujeito se sentir bem e, obviamente, para se ter saúde é imprescindível ter-se estilos de vida saudáveis e o auto-cuidado (Canavarro & Pereira, s.d.).

Todas estas variáveis levam a que se comece a colocar um problema em termos de objectivação e quantificação dos factores inerentes à QdV, visto que existe uma grande subjectividade na percepção do que representam todos estes vectores para o sujeito, sendo que esta percepção é muito variável de indivíduo para indivíduo, levando a que, claramente, a melhor pessoa para avaliar a QdV seja o próprio indivíduo (Canavarro et al., 2008).

Se inicialmente, a tendência para a avaliação deste conceito era efectuada através de escalas de avaliação realizadas ao paciente, por um profissional de saúde, como por exemplo a Escala de Funcionalidade de Karnofsky, posteriormente, verificou-se uma crescente preocupação no desenvolvimento de instrumentos de mensuração da QdV que considerassem a perspectiva do paciente e não a dos técnicos de saúde (Bowling & Brazier, 1995; Pais Ribeiro, 2001).

Desta forma, foram surgindo diversos instrumentos de medida de QdV e que se podem classificar em dois tipos: genéricos e específicos. Os genéricos são utilizados para avaliar a QdV da população em geral, não avaliando nenhuma doença em particular, sendo que estes tipos de instrumentos são mais utilizados em estudos epidemiológicos e na avaliação dos sistemas de saúde. Da diversidade de questionários genéricos existentes para a avaliação de QdV, destacamos, por exemplo, o desenvolvido pelo WHOQOL Group: WHOQOL-100. No outro extremo, temos os instrumentos específicos, que pretendem avaliar determinados aspectos da QdV de uma condição em particular, por exemplo, um determinado tipo de população ou um determinado tipo de patologia e, podem, ainda, ser complementados com módulos específicos, por exemplo, para um tipo concreto de cancro. A grande vantagem inerente a este tipo de questionários é a sua forte sensibilidade na mensuração das alterações que possam existir nos parâmetros da QdV quando os pacientes são, por exemplo, sujeitos a uma determinada intervenção terapêutica ou inerentes à evolução da sua patologia (Campos & Neto, 2008). Como exemplo, entre muitos outros, temos o questionário desenvolvido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC): QLQ-C30.

Em 1962, nasceu a GECA – *Groupe Européen de Chimiothérapie Anticancéreuse*, por iniciativa de um grupo de oncologistas de países europeus, que tinha como objectivo o estudo do cancro e todos os aspectos subjacentes a este, inclusive a QdV. No entanto, em 1968, a designação GECA foi substituída pela que actualmente conhecemos, a EORTC. Diversos foram os instrumentos desenvolvidos pela EORTC para a avaliação da QdV, nomeadamente o *Quality of Life Questionnaire*, constituído por 30 questões (QLQ-C30), sendo o principal questionário na avaliação da QdV em populações oncológicas, permitindo avaliar o impacto da doença no indivíduo (Pais Ribeiro, 2001).

Das metodologias quantitativas, o EORTC-QLQ-C30 é um dos instrumentos de avaliação de QdV mais utilizados em estudos da prática oncológica, por diversas razões: porque apresenta uma alta validade e sensibilidade à mudança quer inter ou intrasujeitos, em momentos diferentes e é bem aceite pelos doentes. O QLQ-C30-V.3 encontra-se traduzido e validado para diversos idiomas, incluindo em português (Oliveira & Pimentel, 2008).

A versão portuguesa do EORTC-QLQ-C30 foi validada, em 2007, pelos autores Pais Ribeiro, Pinto e Santos. O estudo efectuado incluiu uma amostra de 933 pacientes oncológicos com diversos tipos de cancro, nomeadamente, cancro do aparelho digestivo, sistema respiratório, endócrino, genito-urinário, hematológico, cancro dos tecidos moles, cancro da mama, cancro da cavidade oral e faringe. As conclusões atingidas por estes autores foram que o questionário é uma forma adequada de mensurar a QdV nos pacientes oncológicos portugueses, semelhantemente às versões de outros idiomas e culturas, sendo que a versão portuguesa do questionário demonstrou boas características psicométricas, permitindo dessa forma a possibilidade de se fazer comparações interculturais. É sensível à localização do tumor, mas não o é aos estadios de sobrevivência dos pacientes (Pais Ribeiro, Pinto & Santos, 2008).

Makluf, Dias & Barra (2006) defendem que o ideal será recorrer à combinação dos dois tipos de instrumentos, diminuindo desta forma as desvantagens adjacentes a cada um e potenciando as vantagens inerentes a estes.

2. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Na área da saúde é habitual recorrer-se ao uso do conceito mais generalizado de QdV, mas também é frequentemente utilizado o termo QdVRS. Enquanto QdV é um conceito mais amplo, QdVRS encontra-se mais associado a um tipo de doença ou a uma determinada intervenção ou tratamento em saúde e que irá depender das representações que o doente tem acerca desta. (Pais Ribeiro, 2009)

Apesar dos dois conceitos serem frequentemente utilizados como sinónimos, quando se procede ao estudo destes dois conceitos, existe um aspecto importante que os diferencia. Enquanto os estudos que procedem à avaliação da QdV, como conceito mais generalizado, incluem nas suas amostras pessoas saudáveis ou não saudáveis, os estudos efectuados para a avaliação da QdVRS restringem-se a amostras de populações com uma determinada patologia, visto que têm em consideração aspectos específicos dessa doença, como por exemplo os sintomas, o

tratamento efectuado e os efeitos do mesmo. (Pais Ribeiro, 2001; Seidl & Zannon, 2004).

Como acontece com o conceito QdV, a definição de QdVRS também não é consensual entre os diversos autores. Por exemplo, Guiteras e Bayés (1993) definem este conceito como “*avaliação subjectiva que o paciente faz de diferentes aspectos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde.*”; já os autores Patrick & Erickson (1993) dizem que QdVRS “*é o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde.*” (citado em Seidl & Zannon, 2004, p.583); já mais recentemente, Bowling (2001) define-nos QdVRS “*como um óptimo nível de função mental, física e social e de posição na vida real ou papel desempenhado, incluindo relacionamentos, percepções de saúde, aptidão, satisfação com a vida e bem-estar. Também pode incluir alguma avaliação do nível de satisfação do paciente com o tratamento, resultados, estado de saúde e perspectivas futuras*” (citado em Nicolussi, 2008, p. 34).

Inicialmente, a utilização de instrumentos de avaliação da QdVRS tinha como objectivo único a avaliação dos resultados da intervenção clínica numa determinada patologia, fosse esta uma intervenção médica, cirúrgica ou medicamentosa, bem como, a monitorização da evolução dos tratamentos utilizados. O que era importante e a ter em consideração eram os resultados fisiológicos objectivos duma determinada patologia, por exemplo, na diabetes seria reduzir os valores de glicose para índices normais. No entanto, investigações realizadas foram demonstrando que apesar de se obterem resultados fisiológicos idênticos, não significava que os efeitos sobre a QdV dos pacientes fossem os mesmos. Assim, actualmente, tem-se vindo a verificar que a avaliação dos resultados da intervenção médica começou a mudar e passou a incluir o impacto da intervenção médica sobre factores subjectivos e avaliados na QdV (Pais Ribeiro, 2001).

3. DOENÇA ONCOLÓGICA E QUALIDADE DE VIDA

Na actualidade, tem-se vindo a verificar um significativo aumento na prevalência do cancro, dentro do grupo das patologias crónicas não transmissíveis, a nível mundial, acarretando com isso um crescente peso para os países, quer em termos financeiros, quer em termos sociais e institucionais (Sawada, Nicolussi, Okino, Cardozo & Zago, 2009).

Com o desenvolvimento tecnológico e terapêutico na área da saúde e com a melhoria dos cuidados prestados aos pacientes, o cancro, nos dias hoje, deixou de ser uma patologia invariavelmente fatal, havendo por conseguinte um aumento da esperança de vida destes sujeitos, tornando-se esta patologia muitas vezes numa doença com características de cronicidade (Pais Ribeiro, 2001).

Este facto levou a oncologia a confrontar-se com a necessidade de deixar de ter apenas em consideração o controlo do tumor e passar a ter em conta a QdV dos pacientes nos resultados do tratamento, pois na maior parte das vezes o doente apresenta limitações em diversos domínios (Laurenti, 2003; Silva & Derchain, 2006). Neste sentido Fleck et al. (1999) afirmaram que *“a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham a sua sobrevida aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos”*.

Actualmente, os tumores são responsáveis por uma grande morbilidade e mortalidade. Os estudos epidemiológicos efectuados para a avaliação da situação demográfica em Portugal, em 2003, revelam que os tumores são a segunda causa de morte no nosso país, representando cerca de 21,3% dos casos, sendo apenas ultrapassado pelas doenças do aparelho circulatório com uma representação de 37,6% da amostra. Dentro dos tumores malignos, os que apresentaram uma maior incidência no homem, cerca de 22,2%, foram os tumores da laringe, traqueia, pulmões e brônquios, seguido logo do tumor da próstata com cerca de 12,6%. Nas mulheres a taxa de incidência era de 16,9% para o cancro da mama, logo seguido

pelo cancro do cólon com uma taxa de afecção de 11,7%. Em ambos os casos, no terceiro lugar surge o tumor do estômago com uma taxa de expressão de 11,3% nos homens e de 10,4% nas mulheres. (Carrilho & Patrício, 2005).

Desta forma, torna-se importante que a prática clínica de Oncologia se debruce sobre a avaliação da QdV do paciente e não tenha apenas em conta as taxas de resposta ao tratamento, a sobrevivência ou a taxa de mortalidade. Felizmente, nos últimos anos tem-se vindo a verificar uma mudança de atitude nos profissionais de saúde que têm demonstrado preocupação com a melhoria da QdV dos pacientes oncológicos, mesmo que em detrimento da melhoria de sobrevida. Esta foi uma das orientações dadas pela Associação Americana de Oncologia Clínica, em 1995, em que, se um tratamento revelasse uma melhor QdV, sem melhoria da sobrevida, este poderia ser recomendado (Ferreira & Pinto, 2008). Hoje é pertinente levantar-se a questão sobre qual será a melhor intervenção a realizar nestes pacientes: deve-se dar prioridade ao prolongamento da sobrevivência com sacrifício da QdV, ou deverá dar-se QdV em detrimento do seu prolongamento? Já Barofsky e Sugarbaker (1990) postulavam que era um erro avocar que a morte é o pior que poderá acontecer a um sujeito e que um maior período de sobrevivência equivale a uma melhor QdV (Rodrigues, 2007).

A preocupação com o conceito de QdV tem vindo a abranger novas dimensões e não se restringe apenas ao controlo dos sintomas, aumento da esperança de vida e diminuição da mortalidade. Como referem os autores Bullinger, Anderson, Cella e Aaronson (1993), a percepção do paciente relativamente ao conceito QdV, não é apenas influenciado pela sua condição de saúde, mas existem outras dimensões que afectam a sua percepção, nomeadamente, os sentimentos e os comportamentos relacionados com as actividades diárias.

Desde sempre que a grande prioridade clínico-terapêutica no cancro se prendia com o tratamento do tumor. Desde há duas décadas que se tem dado ênfase à importância do bem-estar, que reflecte a QdV, destes pacientes, passando-se a usar a avaliação da QdV como mais uma ferramenta importante na monitorização dos resultados dos tratamentos. Apesar de se ter vindo a verificar um exponencial uso desta nova abordagem avaliativa do tratamento, a inclusão de escalas de QdV no estudo dos pacientes com cancro ainda não é tão universalmente usada como seria desejado. Há que ressaltar que, mais do que em muitas outras patologias, o

tratamento e progressão da doença destes pacientes tem um brutal impacto ao nível da sua percepção de QdV. As duas principais abordagens terapêuticas do cancro envolvem dois processos principais: a intervenção cirúrgica e o uso de quimioterapia, sendo estes dois tipos de tratamentos bastante agressivos, levando conseqüentemente, à especificidade e peculiaridade que esta patologia têm em termos de QdV. O facto de haver a percepção de malignidade desta doença, conduz a um grande impacto emocional, podendo mesmo este, superar a própria dor física inerente à enfermidade (Silva & Derchain, 2006).

Vários estudos demonstraram que existem diferenças significativas ao nível da QdV em pacientes com tumores em estadios semelhantes, submetidos a diferentes tipos de tratamento, conservador ou mais agressivo, levando a que seja incontornável que esta variável seja tida em consideração na monitorização da eficácia da terapêutica (Pais Ribeiro, 2001).

4. NEURO-ONCOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA

Os tumores cerebrais acarretam um grande impacto na vida dos pacientes e podem ser uma fonte significativa de incapacidade, visto que têm fortes implicações ao nível de várias vertentes da vivência humana, nomeadamente ao nível da condição física do sujeito, da sua capacidade cognitiva, da sua vertente psicológica e social. Para além de todos estes factores existe ainda um grande estigma associado a estas patologias, visto que existe a consciência, muitas vezes incorrecta, que os tumores cerebrais são uma fatalidade. Obviamente, todos estes factores inerentes a esta doença vão ter um significativo impacto na QdV das pessoas afectadas.

O diagnóstico de um tumor cerebral num paciente é uma grande fonte de stress, confusão e desespero, principalmente nos estadios iniciais e finais do curso da doença, visto que, os sujeitos são confrontados com a doença propriamente dita e têm de se adaptar às suas novas limitações, quer físicas, quer intelectuais ou sociais, tendo de tomar decisões quanto às diversas hipóteses terapêuticas que lhes possam ser propostas e aprender a lidar com a sua nova situação de vida (Huang, Wartella & Kreutzer, 2001).

A QdV é, cada vez mais, uma importante ferramenta de avaliação clínica ao nível da neuro-oncologia, principalmente, devido ao melhoramento dos índices de sobrevivência dos pacientes com tumores cerebrais e ao aumento das hipóteses terapêuticas para estes casos e à sua morbilidade associada (Liu, Page, Solheim, Fox & Chang, 2009).

Com o melhoramento das opções terapêuticas existentes e precocidade da sua aplicação, há cada vez mais um maior número de sobreviventes a estes tumores, levando a que se tenha que dar uma ênfase maior às sequelas de longo prazo inerentes à lesão em si, mas também aos efeitos do tratamento, quer seja cirúrgico, radioterapêutico ou quimioterapêutico. Essas sequelas poderão incluir disfunções endócrinas permanentes, défices neurológicos e cognitivos que estão directamente relacionados com o declínio da QdV destes pacientes (Charalambides et al., 2009).

Alguns estudos demonstram que os pacientes continuam a apresentar baixos índices de QdV e problemas psico-sociais, mesmo muito tempo após o seu tratamento para o cancro ter terminado (Janda et al., 2003).

Existe uma panóplia de sintomas que se associam aos tumores cerebrais e que afectam severamente o dia-a-dia dos pacientes, em que, dentro dos mais frequentes se incluem as cefaleias, anorexia, náuseas, crises epilépticas e, associadas a deterioração neurológica focal incluem-se os défices motores, alterações da personalidade, afasia, alterações dos campos visuais e declínio cognitivo (Liu et al., 2009).

Por tudo o anteriormente explanado, pode-se concluir que tanto o efeito do tumor ao nível do cérebro, bem como a manipulação cirúrgica inicialmente realizada e posterior uso de radioterapia e quimioterapia devem ser tidos em conta como factores importantes no impacto na QdV destes doentes (Weitzner, Meyers & Byrne, 1996).

Não existem muitos estudos que correlacionem o impacto dos tumores cerebrais, com o declínio cognitivo e consequente diminuição dos índices de QdV. Os pacientes com tumores cerebrais para além de terem de lidar com a sua doença e com as suas complicações inerentes, lidam de uma forma única com a deterioração das suas funções cognitivas, que poderão ser mais focais e específicas, dependendo da localização do seu tumor (Liu et al., 2009).

5. FUNÇÕES COGNITIVAS

As funções cognitivas entendem-se como um conjunto de capacidades cerebrais superiores, complexas que, no ser humano, comparativamente com outros mamíferos, são extremamente desenvolvidas. Estas capacidades superiores incluem algumas tais como a memória, atenção, funções executivas e linguagem (Taphoorn & Klein, 2004).

Segundo Mitchell, Kemp, Benito-León e Reuber (2010) a disfunção cognitiva é a mais consistente complicação neurológica associada a distúrbios cerebrais degenerativos adquiridos. Para estes autores existe uma diversidade de injúrias cerebrais que poderão condicionar défices cognitivos, podendo estes variar desde disfunção neurocognitiva ligeira, podendo mesmo ser subclínica, até estados de demência grave com incapacidade completa.

Os diversos estudos que surgiram até à data avaliaram o impacto dos vários tipos de sintomas neurológicos clássicos, tais como os défices motores, perda sensitiva, perturbações psiquiátricas adquiridas, etc., mas ainda, existe pouca investigação sobre o impacto que os défices cognitivos têm nos pacientes com doença neurológica. Uma das principais preocupações dos pacientes com patologia do foro neurológico é a preservação das suas faculdades mentais, possivelmente pelo reconhecimento que estas têm um impacto directo e importante sobre a sua percepção de QdV (Michell et al., 2010).

Ao longo dos últimos anos foram realizadas diversas investigações com o intuito de se encontrar as causas para os défices cognitivos apresentados pelos pacientes com tumores cerebrais. Segundo os autores, Taphoorn e Klein (2004) estes défices são provenientes de três fontes: o efeito directo do tumor cerebral, o tratamento aplicado (cirurgia, quimioterapia e radioterapia), tendo esta variável sido corroborada por Van Nieuwenhuizen e os seus colaboradores, em 2007, e os distúrbios do humor, visto que é sobejamente reconhecido que o facto de os pacientes saberem que padecem de um tumor cerebral lhes traz distúrbios de ansiedade, depressão e incerteza em relação ao futuro, acarretando perturbação ao

nível da atenção e da motivação que, conseqüentemente, induzem a afecção de diversos domínios neuropsicológicos. No mesmo sentido, os estudos realizados por Kaleita, Wellisch, Cloughesy e Ford (2004) evidenciaram cinco proveniências da perda neurocognitiva, sendo que três são comuns aos autores referidos anteriormente, acrescentando a essas, a forma da evolução da doença e as características do próprio doente, ao passo que, Hahn e seus colaboradores (2003) defendem que o tipo de tumor, a localização e a lateralidade são variáveis influenciadoras desses défices.

Em 2000, Tucha e seus colaboradores apresentaram um estudo, onde pacientes com tumores cerebrais foram submetidos a uma avaliação neuropsicológica antes de serem sujeitos a tratamento e, evidenciaram a existência de disfunção cognitiva em 91% dos indivíduos com várias formas de neoplasias cerebrais (citado em Taphoorn & Klein, 2004).

Giovagnoli e Boiardi (1994) afirmaram que os défices cognitivos são um factor importante de comprometimento da recuperação da autonomia e do funcionamento social dos pacientes com tumores cerebrais, condicionando de forma significativa o seu bem-estar.

Os estudos elaborados por estes mesmos autores, demonstraram a importância da avaliação neuropsicológica em pacientes sobreviventes de longa data a tumores cerebrais malignos, demonstrando a sensibilidade desta avaliação, sendo que se conseguiu detectar declínio cognitivo subclínico, mesmo nos pacientes que à data se encontravam assintomáticos.

Para além da evidente utilidade da avaliação neuropsicológica no diagnóstico e monitorização da evolução dos pacientes com tumores cerebrais, estudos recentes demonstraram que esta poderá ter ainda um valor prognóstico nestes doentes. Um estudo realizado por Meyers e Hess (2003) demonstrou que a deterioração cognitiva em pacientes com gliomas malignos recorrentes precedeu, em pelo menos 6 semanas, a correspondente evidência de evolução imagiológica registada por RMN.

Assim, o funcionamento neurocognitivo é um aspecto fulcral em neuro-oncologia, que pode ser influenciado pela evolução da doença, resultando num impacto na QdV. A realização da avaliação neuropsicológica neste estudo prendeu-se com o intuito de explorar as funções cognitivas de uma forma geral e específica no

hemisfério dominante e não dominante, tal como o raciocínio abstracto, atenção, memória verbal e não-verbal, linguagem, percepção visuo-espacial e funções executivas, de forma a correlacionar a especificidade do défice com a QdV.

6. TUMORES CEREBRAIS PRIMÁRIOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Os tumores cerebrais podem ser classificados em dois grupos diferentes: primários e secundários. Os primários são assim denominados porque têm origem no encéfalo e são classificados de acordo com o tipo de células onde são originados. Quando o tumor provém de uma localização que não a cerebral, mas numa fase posterior dissemina para o encéfalo a partir de outras zonas do organismo, metastizando-se este passa a ser designado de tumor secundário, como ocorre, por exemplo, no cancro do pulmão e da mama (Junqué & Barroso, 2007).

Os tumores cerebrais secundários são mais comuns que os TCP, sendo estes responsáveis pela segunda causa de morte, por lesão cerebral (Junqué & Barroso, 2007).

As metástases cerebrais e vertebrais provenientes de cancros sistémicos são de longe mais prevalentes do que os tumores primários do sistema nervoso central. Cerca de 15% dos pacientes que morrem de cancro apresentam metástases cerebrais sintomáticas, uns adicionais 5% sofrem envolvimento da espinal medula (Kasper et al., 2005).

Entre os mais comuns encontramos os gliomas com uma percentagem entre os 50-60%, seguidos pelos meningiomas com uma taxa de incidência de 25%, os schwannomas surgem em cerca de 10% dos casos e os restantes são representados por outros tipos de tumores do sistema nervoso central (Kasper, et al., 2005).

Os tumores para além de serem classificados segundo a sua origem também são caracterizados segundo o seu grau de malignidade, ou seja, segundo o seu poder infiltrativo e proliferativo, determinado pela actividade mitótica, arquitectura celular e o seu grau de diferenciação (Junqué & Barroso, 2007). O sistema de graduação histológica dos tumores mais largamente utilizado é o da OMS. Este foi criado em

1979, tendo ulteriormente sido revisto em 1993. Este sistema tem como objectivo classificar os tumores de uma forma numérica, sendo esta representativa do potencial biológico geral da neoplasia, numa escala de malignidade ascendente que se inicia em grau I (benigno) até IV (maligno) (Smirniotopoulos, s.d.). Os tumores de grau I não metastizam, contrariamente ao que acontece com os de grau III e IV, sendo que alguns tumores de grau I podem evoluir para um grau de maior malignidade (Junqué & Barroso, 2007).

Os gliomas são o tipo de tumores mais frequentes do cérebro, tendo a sua origem nas células gliais: astrocitomas, glioblastomas, oligodendrogliomas e ependimomas. Normalmente infiltram-se na glia afectando indirectamente a actividade neuronal e constituem um grupo heterogéneo de neoplasias, desde os mais circunscritos, lesões de crescimento lento como o astrocitoma pilocítico, a neoplasias malignas e infiltrativas como o glioblastoma multiforme (Kasper et al., 2005).

Os oligodendrogliomas constituem cerca 5 a 15% dos gliomas e é mais comum na idade adulta, na quarta e quinta décadas de vida, com um desenvolvimento mais provável nos hemisférios cerebrais e preferência pela substância branca (Kasper et al., 2005).

Os meningiomas são tumores derivados das células meningoteliais que revestem a aracnóide, desta forma a maioria das lesões ocorre fora do parênquima cerebral. Em 20 a 25% dos casos dá-se a calcificação do tumor. Ocorrem mais comumente no adulto e podem crescer tanto no interior da caixa craniana como na medula espinal, sendo que 80% surge no trígono dos ventrículos laterais. Os meningiomas intraventriculares constituem 1 a 2% dos meningiomas (Maurício, 2006).

Os tumores cerebrais habitualmente podem apresentar-se de três formas possíveis: uma progressão subaguda de um défice neurológico focal, por lesão do tecido neural adjacente ao tumor; uma crise epiléptica ou distúrbio neurológico não focal, devido ao edema e aumento da pressão intracraniana, tal como: cefaleias, demência, alterações de personalidade ou alterações da marcha ou através de sintomas sistémicos, tais como: perda de peso, anorexia ou febre que indiciam uma maior probabilidade de se tratar de um processo metastásico e não de um tumor cerebral primário (Kasper et al., 2005).

A sintomatologia causada pelos tumores varia de acordo com o tamanho, a localização ou o tempo de evolução, sendo que a forma mais comum é os sintomas surgirem de forma lenta e progressiva, no entanto, também pode acontecer que os sintomas apareçam de uma forma mais abrupta, devido a uma complicação hemorrágica provocada pelo tumor (Junqué & Barroso, 2007).

Os défices neurológicos focais progressivos devem-se à compressão de neurónios e tractos de substância branca, pela expansão do tumor e edema circundante e relacionam-se com as áreas cerebrais afectadas, tendo um percurso progressivo com grande valor localizador da lesão (DeAngelis, 2001; Kasper et al., 2005). Sintomas neurológicos e neuropsicológicos específicos como a hemiparesia ou a afasia, surgem de forma subaguda, à excepção de défices do campo visual que mais facilmente passam despercebidos devido a um menor impacto nas actividades do dia-a-dia (DeAngelis, 2001).

De uma forma menos comum os tumores cerebrais podem apresentar-se pelo súbito início de um défice neurológico focal, tipo AVC. Embora esta apresentação possa ser causada por hemorragia associada ao tumor, frequentemente, não se consegue evidenciar essa hemorragia e o mecanismo é obscuro (Kasper et al., 2005).

Os défices neurológicos não focais ou difusos, geralmente reflectem aumento da pressão intracraniana, hidrocefalia ou difusão da massa tumoral e podem ser diversificados, desde o edema, hipertensão intracraniana, crises epilépticas, demência e alterações da personalidade, comportamentais ou emocionais. Por exemplo, tumores localizados no lobo frontal poderão produzir alterações da personalidade, demência ou depressão (Kasper et al., 2005). As cefaleias já poderão resultar de irritação focal ou deslocamento de estruturas sensitivas à dor ou pelo aumento generalizado da pressão intracraniana (Kasper et al., 2005). Estas tendem a ser holocranianas e surgem comumente por compressão de ramos nervosos meníngeos. É um dos primeiros sintomas a aparecer em 1/4 dos pacientes (Ropper & Brown, 2005). A dor pode ser leve a severa, episódica ou intermitente, usualmente de ocorrência nocturna ou ao acordar, desaparecendo pouco depois e é não pulsátil. Se ocorrer vômito no pico da dor é mais provável que se trate de um tumor, sendo que a dor de cabeça é mais constante quando o tumor cresce, piora

com tosse, ao baixar ou com movimentos súbitos da cabeça (Ropper & Brown, 2005).

O edema cerebral é um factor importante na morbidade e mortalidade associada às lesões intracranianas. Consiste no aumento na quantidade de água no tecido cerebral causada por lesões focais (tumores, abscessos, hematomas) ou difusas (anóxia, meningites, encefalites, ou intoxicações), com conseqüente aumento de volume do encéfalo. Este aumento adiciona-se ao já provocado pela lesão primária exacerbando a sintomatologia, elevando a hipertensão intracraniana e aumentando a probabilidade do surgimento de hérnias (Coiteiro, 2006). No entanto, quando aplicada a terapia com corticoesteróides os pacientes apresentam rápidas melhoras alcançando a normalidade em poucas horas (Junqué & Barroso, 2007).

O aumento da pressão intracraniana pode ocorrer por efeito de massa do tumor ou por compressão do sistema ventricular. As suas conseqüências mais comuns são cefaleias, vômito em jacto, papiledema, podendo também ocorrer alterações da consciência e quadros confusionais, nomeadamente desorientação espaço-temporal e pessoal, linguagem incoerente, déficit atencional e alterações perceptivas (Junqué & Barroso, 2007).

As crises epilépticas são comuns em lesões que atinjam o córtex cerebral. Segundo dados da população espanhola, a epilepsia surge como primeiro sintoma em 78% dos tumores frontais e em 93% dos tumores temporais, sendo que o tipo de convulsões varia com a localização e com o grau histológico do tumor (Kawasaki et al., 1999).

Os tumores de crescimento rápido, por norma, exercem pressão sobre as estruturas adjacentes alterando fortemente as suas funções, contrariamente aos tumores de crescimento lento que têm uma repercussão menor, porque provocam, gradualmente, um deslocamento do tecido cerebral, possibilitando reorganização das funções cerebrais (Junqué & Barroso, 2007). No entanto, também existe uma maior probabilidade destes últimos originarem convulsões, sendo a incidência de crises epilépticas nos gliomas anaplásicos de 69% e nos gliomas de baixo grau de 85%, mais do que os de crescimento rápido como o Glioblastoma Multiforme com uma taxa de 49% (Lote et al., 1998; Brainer-Lima, et al., 2002).

No momento da avaliação neuropsicológica deve ser tido em conta alguns aspectos: o facto de que a sintomatologia apresentada pode não estar directamente relacionada com a localização do tumor devido aos efeitos de compressão ipsilateral e contralateral que este pode exercer, sobretudo nos casos em que se verifica um desvio da linha média, provocando sintomatologia contralateral à localização do tumor e as funções do hemisfério afectado encontrarem-se intactas; em alguns casos a avaliação neuropsicológica pré-operatória pode ter um resultado dentro da normalidade, sobretudo se já houve intervenção farmacológica ao nível da diminuição do edema (Junqué & Barroso, 2007).

3 - ABORDAGEM EXPERIMENTAL

1. OBJECTIVOS E HIPÓTESES EXPERIMENTAIS

O presente estudo terá como objectivo a avaliação multidimensional da QdV em pacientes com TCP, bem como a identificação da relação que os factores sócio-demográficos, clínicos, psicopatológicos e neuropsicológicos, mantêm com QdV. Por conseguinte, e no intuito de objectivar as linhas orientadoras deste estudo foram levantadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Os factores sócio-demográficos apresentam correlações com os diferentes domínios de QdV

Hipótese 2: Diferentes domínios de QdV serão influenciados pelos diferentes factores clínicos.

Hipótese 3: Existe uma correlação entre os factores psicopatológicos e os diferentes domínios de QdV.

Hipótese 4: O funcionamento cognitivo dos pacientes com TCP influencia a sua QdV.



Figura 1 - Modelo Compreensivo do estudo

2. METODOLOGIA

Este trabalho de investigação caracteriza-se por ser um estudo transversal, no qual, através de uma amostra clínica seleccionada, se pretende descrever os diferentes domínios de QdV num determinado momento (Rodrigues, 2007). Paralelamente iremos estudar as relações entre diferentes variáveis (sócio-demográficas, clínicas, psicopatológicas e neurocognitivas) e os diferentes domínios de QdV.

2.1. Amostra

A amostra é composta por 30 sujeitos com diagnóstico de tumor cerebral primário, sem antecedentes de patologia neuropsiquiátrica ou de outras patologias associadas que interferissem directamente com a sua QdV, tais como, patologia vascular, pulmonar e cardíaca, Diabetes *Mellitus*, doenças infecto-contagiosas, disfunção hepática e insuficiência renal crónica. Foram também seleccionados aqueles que não apresentavam dificuldades ao nível do discurso e eram literados. Foram avaliados 35 sujeitos, embora 14,3% não tivessem conseguido completar ou preencher os questionários, devido ao seu grande grau de debilidade ou incapacidade (n=5). Todos os sujeitos aceitaram participar no estudo de forma voluntária. As características sócio-demográficas encontram-se descritas na Tabela I.

A amostra foi constituída por sujeitos de ambos os sexos, 43,3% do sexo masculino (n=13) e 56,7% do sexo feminino (n=17), com idades compreendidas entre os 32 e os 72 anos (M=53; d.p.=10,04).

Relativamente ao estado civil, verificamos que a maioria dos sujeitos era casado, perfazendo 76,7% (n=23), 13,3% eram divorciados (n=4), apenas 6,7% eram solteiros (n=2) e, por último, 3,3% eram viúvos (n=1).

Quanto às habilitações literárias, constatamos que o valor mais baixo de escolaridade encontrado nesta população foram os 4 e o valor mais elevado foram 23 anos (M=8,17; d.p.=5,47).

Em relação à situação laboral, apuramos que a maior parte dos elementos do grupo, 53,3%, não trabalha devido à sua patologia (n=16), 26,7% dos sujeitos encontram-se no activo (n=8) e os restantes 20% não trabalham, embora tal não se deva à doença (n=6). Dos participantes deste estudo, 73,3% exercem uma profissão de foro mais manipulativo (n=22), o que designamos de *Blue Collar*, e 26,7% desempenham uma profissão com maior exigência intelectual (n=8), as quais designamos por *White Collar*.

Tabela I			
Descrição das características sócio-demográficas da amostra (n=30)			
	Variáveis	Frequência	Percentagem
Idade	(M/ DP)	53/ 10,04	
Género	Feminino	17	56,7%
	Masculino	13	43,3%
Escolaridade	(M/DP)	8,17/5,47	
Estado Civil	Solteiro	2	6,7%
	Casado	23	76,7%
	Divorciado	4	13,3%
	Viúvo	1	3,3%
Profissão	<i>Blue Collar</i>	22	73,3%
	<i>White Collar</i>	8	26,7%
Situação Laboral	Trabalha	8	26,7%
	Não trabalha devido à doença	16	53,3%
	Não trabalha mas não é devido à doença	6	20,0%

As características clínicas do nosso grupo de estudo encontram-se descritas na Tabela II. Este apresenta uma diversidade histopatológica de tumores, sendo que 50% dos casos possuíam lesões provenientes da linhagem neuroepitelial (n=15), 36,7% meníngeas (n=11) e 13,3% foram classificadas como outras (n=4), incluindo-se neste grupo o angioma cavernoso, o linfoma não Hodgking, o macroadenoma e tumor benigno da hipófise. Quanto ao grau de malignidade, tal como anteriormente descrito, segundo a classificação da OMS os tumores são classificados segundo o potencial biológico da neoplasia, de uma forma numérica, numa escala de I (menor

malignidade) até IV (maior malignidade). Dentro da nossa população, a maioria apresentava tumores de baixo grau, 53,3% de grau I (n=16) e 23,3% de grau II (n=7), ao passo que apenas 3,3% eram de grau III (n=1) e 13,3% tinham tumores de maior índice de malignidade, grau IV (n=4). Em dois dos pacientes (6,7%) não foi possível objectivar o grau de malignidade das suas neoplasias. Em termos globais a média de malignidade era de 1,75, com um desvio padrão de 1,08. Sendo que a média no género masculino foi de 2,08, com um desvio padrão de 1,08 e no feminino de 1,5, com desvio padrão de 1,03.

Outro factor tido em conta no nosso estudo foi o tempo decorrido desde o diagnóstico do tumor até ao momento da avaliação, sendo que foram inquiridos pacientes com lesões recentes e outros com um grande período de evolução, isto é, com um mínimo de um dia e um máximo de 65 meses, tendo um valor médio de 27 meses com um desvio padrão de 21,83.

Relativamente à localização do tumor a maioria da amostra apresentava uma localização frontal, 43,3% (n=13), seguidos pelos lobos parietal e temporal com uma taxa de 13,3% cada um (n=4). Com 10% dos casos surgem os tumores com localização ao nível fronto-temporal (n=3), com 6,7% surgem os casos de tumores fronto-parietais (n=2), temporo-parietal 3,3% (n=1), fronto-temporo-parietal 3,3% (n=1), cerebelo 3,3% (n=1) e hipófise 3,3% (n=1).

Ao nível da lateralidade podemos verificar que os tumores têm uma predominância do lado esquerdo com 50% dos casos (n=15), seguidos do lado direito com 40% (n=12), com afectação hemisférica bilateral encontramos 6,7% da amostra (n=2) e apenas 3,3% dos casos com uma outra localização (n=1).

A nossa amostra era constituída por 90% de novos casos de TCP (n=27) e apenas 10% eram casos de recidiva (n=3).

Em relação ao tratamento recebido pelos indivíduos, apuramos que 56,7% deles foram submetidos a cirurgia (n=17), 26,7% dos casos foram submetidos a uma combinação de tratamentos de cirurgia, quimioterapia e radioterapia (n=8), 13,3% ainda não tinham sofrido qualquer tipo de intervenção (n=4) e apenas 3,3% da amostra tinha sido submetida à conjugação da cirurgia com quimioterapia (n=1).

Tabela II
Descrição das características clínicas da amostra (n=30)

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Histopatologia do tumor	15	50%
Linhagem neuroepitelial	6	
Astrocitoma	4	
Glioblastoma multiforme	2	
Oligodendroglioma	2	
Oligoastrocitoma	1	
DNET	1	
Meníngeos	11	36,7%
Outros	4	13,3%
Angioma Caveroso	1	
Linfoma não Hodgking	1	
Macroadenoma	1	
Tumor benigno da hipófise	1	
Localização do tumor		
Frontal	13	43,3%
Parietal	4	13,3%
Temporal	4	13,3%
Fronto-Parietal	2	6,7%
Temporo-Parietal	1	3,3%
Fronto-Temporal	3	10,0%
Fronto-Temporo-Parietal	1	3,3%
Cerebelo	1	3,3%
Hipófise	1	3,3%
Lateralidade		
Direito	12	40,0%
Esquerdo	15	50,0%
Bilateral	2	6,7%
Outro	1	3,3%
Grau de Malignidade		
(M/DP)	1,75/1,076	
Tempo decorrido após diagnóstico (meses)		
(M/DP)	27/21,83	
Recidiva		
Não	27	90,0%
Sim	3	10,0%
Tratamento		
Nenhum	4	13,3%
Cirurgia	17	56,7%
Cirurgia associada a outro tratamento	9	30,0%
Cefaleias		
Sim	8	26,7%
Não	22	73,3%
Crises		
Sim	1	3,3%
Não	29	96,7%
Défices Visuais		
Sim	3	10%
Não	27	90%

Défices Auditivos		
Sim	3	10%
Não	27	90%
Marcha		
Normal	28	93,3%
Afectada – anda sem suporte	1	3,3%
Afectada – anda com suporte	1	3,3%
Função Vesical		
Normal	27	90%
Incontinência	3	10%

2.2. Instrumentos de Avaliação

Os instrumentos utilizados no âmbito da avaliação cognitiva, psicopatológica e da QdV dos pacientes com TCP foram diversificados. Para cada instrumento será efectuada uma breve descrição.

2.2.1. Entrevista semi-estruturada¹

Este questionário foi elaborado para este estudo com o intuito de recolher informações dos participantes como as características sócio-demográficas (a idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão, situação laboral, histopatologia do tumor, localização do tumor, o tempo decorrido após o diagnóstico do tumor, o tipo de tratamento, medicação) e as características clínicas (cefaleias, crises epilépticas, náuseas/vómitos, discurso, défices visuais, défices auditivos, marcha, função vesical, antecedentes psicopatológicos, antecedentes de doença neurológica e outras patologias).

O mesmo foi previamente preenchido com a informação existente no processo clínico do paciente e, posteriormente, completado e confirmada a informação já adquirida junto do indivíduo.

2.2.2. QLQ-C30 – Quality of Life Questionnaire: versão 3.0 em português

O questionário QLQ-C30 foi concebido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), em 1987 e, destina-se a ser aplicado em populações oncológicas. Este questionário encontra-se entre os mais utilizados para

¹ Este questionário encontra-se em anexo (Anexo I)

a avaliação da QdV em pacientes com cancro e, também, foi o instrumento seleccionado e usado neste estudo para a avaliação da QdV dos pacientes com TCP.

Este questionário é composto por nove escalas multi-itens, das quais cinco são subescalas de funcionalidade, uma subescala global de QdV e três subescalas de sintomatologia geral e seis subescalas de itens simples de sintomas específicos, normalmente mencionados pelos pacientes oncológicos. As subescalas de funcionalidade são compostas por cinco itens, que incluem: o funcionamento físico, o desempenho de papéis, o funcionamento emocional, o funcionamento cognitivo e o funcionamento social; as subescalas de sintomas físicos englobam: fadiga, dor, náusea e vómito; as subescalas de itens simples de sintomas específicos compreendem: dispneia, falta de apetite, insónia, diarreia, obstipação e o impacto financeiro do cancro na vida do paciente; a subescala global de QdV envolve duas questões, que questionam directamente o paciente sobre como escalona a sua percepção sobre o seu estado físico e a sua QdV.

Todas as questões têm como referência temporal a última semana. O tempo de preenchimento do questionário varia de paciente para paciente, estando dependente de diversas variáveis, nomeadamente, a idade, a escolaridade, o estadió da doença e a fase do tratamento em que se encontra, no entanto, em média demora cerca de 12 minutos. Com excepção dos dois itens da subescala global de QdV que são pontuadas num intervalo de um a sete, sendo um “Péssima” e sete “Ótima”, a resposta a cada item nas restantes subescalas é dada de acordo com a Escala de Likert, podendo o paciente escolher 4 opções, sendo que um corresponde a “Não” e quatro corresponde a “Muito”. Posteriormente, todas as respostas são convertidas numa escala de pontuação que varia entre 0 e 100, conforme instituído pela EORTC. Uma pontuação alta significa um alto nível de resposta, assim, se o paciente apresentar uma pontuação elevada na escala de sintomas significa um nível alto de sintomatologia e, conseqüentemente, uma pior QdV, enquanto que se apresentar uma pontuação elevada na escala funcional e estado de saúde global indica um nível funcional normal, bem como a percepção positiva da QdV (Pais Ribeiro, 2001; Pais Ribeiro, Pinto & Santos, 2008).

2.2.3. *BSI - Brief Symptom Inventory*

Para a avaliação da sintomatologia psicopatológica foi utilizado o BSI de Derogatis (1982), na versão portuguesa traduzida e adaptada por Canavarro (1999).

Este é um questionário de auto-administração, demorando cerca de 8-10 minutos a ser preenchido e é constituído por 53 itens que avaliam sintomas psicopatológicos de nove dimensões de sintomatologia psiquiátrica e três índices globais. As nove dimensões englobadas são: Somatização (reflecte o mal estar resultante da percepção do funcionamento somático), Obsessão-Compulsão (inclui os sintomas identificados com o síndrome clínico com o mesmo nome), Sensibilidade Interpessoal (centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, principalmente na comparação com outras pessoas), Depressão (os itens desta dimensão reflectem o número de indicadores da depressão clínica), Ansiedade (formada por sintomas e sinais associados clinicamente a elevados níveis de manifestações de ansiedade), Hostilidade (engloba pensamentos, emoções e comportamentos específicos do estado negativo da cólera), Ansiedade Fóbica (definida como sendo uma resposta de medo persistente, irracional e desproporcional em relação ao estímulo, levando ao comportamento de evitamento), Ideacção Paranóide (representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo) e, por último, a dimensão Psicoticismo (envolve itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, bem como, sintomas primários de esquizofrenia, tais como alucinações e controlo de pensamentos). Existem alguns itens, que apesar de não fazerem parte de nenhuma das dimensões mencionadas, devido a critérios estatísticos, são importantes na medida em que contribuem para as pontuações dos três índices globais, que são: IGS – Índice Geral de Sintomas (este índice é obtido através da soma das pontuações de todos os itens relativos a cada dimensão e dividido pelo número de questões, 53), TSP – Total de Sintomas Positivos (é o número de itens que têm uma resposta superior a zero) e o ISP – Índice de Sintomas Positivos (obtem-se dividindo a soma de todos os itens pelo valor do TSP) (Seabra, 2008). Estas nove dimensões que constituem este questionário são elementos relevantes da psicopatologia, conforme considerados no C.D.I.-10 e D.S.M.-IV, manuais de classificação diagnóstica mais utilizados (Canavarro, 1999).

As questões têm como referência temporal a última semana e as respostas são dadas de acordo com a escala de Likert, devendo o sujeito escolher a opção adequada no intervalo de 0 “Nunca” a 4 “Muitíssimas vezes” (Monteiro, Tavares & Pereira, 2008).

2.2.4. *Teste do Relógio*

O teste do relógio consiste em pedir ao paciente que, tendo como base uma circunferência numa folha de papel, represente um relógio, indicando as 11h10m. Avalia as capacidades visuo-espaciais do sujeito, visto que implica que este seja capaz de identificar e compreender o significado da circunferência representada na folha cedida ou dos elementos que vão sendo desenhados, bem como a sua habilidade na representação e disposição correcta dos números e dos ponteiros do relógio. Permite a avaliação das funções executivas, exigindo ao paciente a planificação da tarefa, monitorização da resposta, identificação de erros e respectivas correcções ou planificação de novas estratégias para a realização da tarefa. Exige que o paciente focalize a sua atenção e concentração na tarefa que está a desempenhar. Implica integridade ao nível da linguagem e da compreensão auditiva. É necessário o uso da memória semântica para se lembrar o que é e como é um relógio, da memória episódica para recordar todos os elementos do pedido efectuado e da memória numérica. Avalia, ainda, a capacidade de pensamento abstracto que envolve a compreensão do conceito de tempo e a capacidade de recodificar a hora pedida, de forma a processar e representar de forma correcta as horas (11h10m), ou seja, com o ponteiro dos minutos apontado para o número 2 e não para o número 10 (Shulman, Gold, Cohen & Zuccherro, 1993; Fuzikawa, Uchôa & Lima-Costa, 2003).

Existem diversas formas de cotar o teste do Relógio, no entanto, optamos pela proposta em 1993 por Shulman e seus colaboradores, por ser uma das mais utilizadas e que apresentam melhores propriedades psicométricas² (Fuzikawa et al., 2003).

O *score* varia entre um e seis, sendo que um corresponde a um relógio perfeito, representando um bom funcionamento cognitivo e seis significa que não existiu uma

² Esta tabela de cotação encontra-se em anexo (Anexo II)

representação razoável do relógio representando um maior grau de défice cognitivo. Isto quer dizer que *scores* mais elevados reflectem um número maior de erros, logo, um défice cognitivo crescente, sendo que são de valorizar os *scores* superiores ou iguais a três que representam défice cognitivo – anexo I (Shulman et al., 1993).

2.2.5. TMT A e B - Trail Making Test part A e B

O TMT é um dos testes neuropsicológicos mais populares, sendo largamente utilizado em todo o mundo. Esta prova foi concebida com o intuito de avaliar algumas habilidades cognitivas, tais como: as capacidades visuo-perceptivas, a velocidade de processamento, a flexibilidade mental e as funções executivas (Tombaugh, 2004).

Este teste é constituído por duas provas, parte A e parte B, em que o sujeito é solicitado a desenhar linhas sequenciais, com o objectivo de unir 25 números que se encontram distribuídos numa folha - parte A, ou fazer união de círculos que contêm letras e números de uma forma sequencial e alternante, do 1 ao 13 e da letra A à L - parte B (Tombaugh, 2004). Cada vez que o paciente comete um erro, o examinador rapidamente o aponta e redirecciona o examinando para o último ponto realizado correctamente, pedindo-lhe para continuar a tarefa (Groth-Marnat, Gallagher, Hale & Kaplan, 2000).

A parte A do teste avalia a velocidade de processamento cognitivo simples, a parte B, a velocidade de processamento cognitivo complexo e a flexibilidade mental. Ambas as subprovas requerem o uso da atenção e das capacidades visuo-perceptivas (Groth-Marnat et al., 2000).

Quanto à cotação desta prova, o parâmetro a avaliar e, mais amplamente valorizado, é o tempo que o paciente demora a completar cada uma das duas tarefas, somando-se a cotação da parte A com a da B (Tombaugh, 2004), contudo existem outras formas de cotar o desempenho dos pacientes no TMT (Stuss et al., 2001).

Neste teste, a obtenção de uma maior cotação correlaciona-se com um pior resultado, ao passo que um resultado menor é indicativo de um melhor desempenho cognitivo (Groth-Marnat et al., 2000).

2.2.6. Teste das cores e das palavras de Stroop

Desenvolvido por John Ridley Stroop, este teste foi, ao longo do tempo, sujeito a diversas alterações. A versão utilizada neste estudo foi adaptada por Charles J. Golden (1975), sendo igualmente fidedigna para a produção do efeito de interferência, mas com a vantagem de ser mais simples. Esta é composta por três lâminas, contendo cada uma delas cem elementos em cinco colunas de vinte elementos (Duncan, 2006).

A lâmina I é constituída pelas palavras “azul”, “verde” e “vermelho”, impressas a preto numa folha branca de tamanho A4, não surgindo a mesma palavra duas vezes seguidas na mesma coluna. A tarefa do sujeito é ler o maior número de palavras em 45 segundos (Golden, 2006).

A lâmina II é composta por cem elementos iguais que não formam nenhuma palavra (“xxx”) impressos a tinta azul, verde e vermelha numa folha branca de tamanho A4, não aparecendo duas vezes seguidas na mesma coluna e não seguindo a mesma ordem das palavras da primeira lâmina. A tarefa do sujeito é nomear o maior número de cores em 45 segundos (Golden, 2006).

A lâmina III consiste na lâmina de interferência, composta pela junção das duas primeiras lâminas, ou seja, nas palavras da primeira impressas em cores da segunda, mas em nenhum caso a cor da tinta coincide com o significado da palavra. Nesta lâmina o sujeito deverá nomear o maior número de cores da impressão possível, ignorando a leitura das palavras, em 45 segundos (Golden, 2006).

As duas tarefas que o paciente tem de realizar são de leitura e de nomeação da cor. A tarefa da leitura de palavras indica-nos a fluência de leitura que nos permitirá estabelecer um ponto de comparação para a eficácia da performance com a tarefa de nomeação de cor. A existência de incongruência entre a palavra e a cor da impressão vai proporcionar um efeito de interferência na nomeação da cor (lâmina III), designado de efeito de Stroop (Castro, Cunha & Martins, 2000).

O objectivo deste teste é a avaliação da atenção selectiva e da flexibilidade mental, visto que na lâmina de interferência (III) as palavras vão ser um estímulo distractor,

activando a atenção selectiva para o estímulo e testando a capacidade de inibição de uma resposta condicionada em favor de uma não usual (Duncan, 2006).

2.2.7. WMS – Wechsler Memory Scale: Subprova Memória Lógica

A WMS surgiu em 1974 e, em 1997, foi efectuada uma revisão que originou a adaptação e aferição da versão portuguesa da prova (Rocha, 2008a).

Como sabemos a memória pode ser subdividida em diferentes tipos, no entanto, a WMS-III está mais vocacionada para a avaliação da memória episódica³, pois a informação apresentada é nova, exigindo do indivíduo a aprendizagem e recuperação do material apresentado. No entanto, também objectiva a avaliação da aprendizagem, memória e memória de trabalho.

A subprova da Memória Lógica I, que foi a utilizada no nosso estudo, é composta por duas histórias curtas que são lidas ao sujeito para que, posteriormente, reproduza de memória o conteúdo dos textos que lhe foram apresentados.

A cotação desta subprova é obtida pelo número de acertos evocados pelo indivíduo na tentativa de reprodução de memória da história, pontuando-se cada um com um ponto e com zero pontos cada erro ou omissão de factos. De seguida as cotações da unidade de história das histórias A e B são somadas, sendo que a pontuação máxima possível de obter nesta subprova é de 75 pontos (Rocha, 2008a).

2.2.8. BADS – Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome: Subprova Procura da Chave

A BADS foi desenvolvida em 1996 por Wilson e seus colaboradores e objectiva a avaliação dos problemas do dia-a-dia relacionados com distúrbios executivos (Strauss, Sherman & Spreen, 2006).

A subprova aplicada neste estudo, a Procura da Chave (*Key Search*) é um teste que exige do sujeito a elaboração de estratégias de acção para atingir um determinado objectivo, tendo este que demonstrar como procuraria um objecto perdido num campo. Esta prova permite a avaliação do plano de acção posto em marcha pelo

³ A memória episódica é uma memória associada à capacidade de armazenar e evocar eventos (Handam & Corrêa, 2009). É um subtipo da memória declarativa que por sua vez é um tipo de memória a longo prazo

indivíduo de acordo com a funcionalidade e a probabilidade de sucesso (Wilson, Alderman, Burges, Emslie & Evan, 1996).

Esta subprova é cotada tendo em conta os seguintes aspectos: a entrada no campo, a forma como termina a procura, se a procura é feita de forma contínua, se as linhas desenhadas são paralelas, verticais ou horizontais, se existe um padrão pré-determinado de procura, se houve tentativa de procurar pelo campo todo e se o plano foi eficaz para encontrar as chaves. Os aspectos anteriormente mencionados são avaliados, atribuindo-lhes uma pontuação, sendo que a sua soma irá produzir um resultado global do teste, que posteriormente é transformado numa cotação⁴ (Wilson et al., 1996).

2.2.9. WAIS – Wechsler Adult Intelligence Scale – Subprova Memória de Dígitos e Código

A WAIS-III é uma ferramenta psicométrica de avaliação psicológica individualizada e multidimensional para a população adulta e foi aferida e validada para a população portuguesa em 1997 (Rocha, 2008b).

Neste estudo as subprovas utilizadas foram Código e Memória de Dígitos.

A subprova Código é uma tarefa de codificação que consiste num conjunto de números de um até nove que se encontram emparelhados com um símbolo diferente, compondo uma chave. O sujeito deverá copiar esta chave, que se encontra no topo da folha e, por baixo de cada número desenhar o símbolo correspondente. A prova tem a duração de 120 segundos e o indivíduo deverá fazer o maior número de correspondências possíveis dentro do tempo dado. A pontuação desta prova será igual ao número de símbolos correctamente copiados dentro do tempo limite, ou seja, um ponto por cada símbolo copiado correctamente. O objectivo desta prova é avaliar a velocidade de processamento do sujeito (Rocha, 2008b).

A memória de dígitos é composta por duas tarefas que podem ser aplicadas de forma independente: a memorização de uma sequência de dígitos em sentido directo e outra em sentido inverso. As sequências de dígitos, que têm uma

⁴ Este questionário encontra-se em anexo (Anexo III)

dificuldade crescente, são lidas ao sujeito. A tarefa do indivíduo é repetir as sequências de números apresentadas, na mesma ordem que lhe foi apresentada. A tarefa de memória de dígitos em ordem inversa consiste também na repetição das sequências apresentadas, só que na ordem inversa. A prova termina após insucesso em ambos os ensaios de um mesmo item. A cotação é feita em função dos sucessos obtidos, sendo que o sujeito obterá dois pontos no caso de acertar nos dois ensaios do mesmo item, um ponto no caso de apenas acertar num dos ensaios ou zero no caso de falhar em ambos. A pontuação máxima para a prova dos dígitos em ordem directa é de 16 pontos, para o sentido inverso é de 14 pontos e para a prova global (soma da pontuação obtida nos dígitos em sentido directo e em sentido inverso) é de 30 pontos. Estas duas tarefas que compõem esta subprova têm objectivos de avaliação diferentes, visto que a primeira, os dígitos em ordem directa, avaliam a atenção focalizada, enquanto que os dígitos em ordem inversa exigem a intervenção da memória de trabalho (Rocha, 2008a; Rocha, 2008b).

2.3. Procedimentos

O presente desenho experimental foi aprovado pela comissão de ética da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e, todos os participantes manifestaram o seu consentimento informado.

Para a realização deste estudo, recorreremos aos registos clínicos efectuados no SAM⁵ do internamento e consulta externa do serviço de neurocirurgia do Hospital Pedro Hispano da Unidade de Saúde Local de Matosinhos, de forma a seleccionar os pacientes que preenchiam os critérios para este estudo. Após esta selecção os pacientes eram convidados a participar no estudo e a realizar o preenchimento dos instrumentos utilizados. Participaram neste estudo 35 indivíduos, no entanto, nesta fase, foram excluídos cinco pacientes por apresentarem pelo menos um critério de exclusão, impedindo a sua participação.

No início da entrevista eram comunicados os objectivos da investigação, a todos os participantes, solicitando-se o seu consentimento informado para a colecta de

⁵ SAM – Serviço de Apoio ao Médico – um serviço informatizado que permitia acesso a todos os médicos e técnicos superiores de saúde, permitindo-lhes consultar a sua agenda e o processo clínico do paciente.

dados, tendo sempre em conta as habituais condições de voluntariedade, confidencialidade e anonimato.

Inicialmente eram recolhidos os dados sócio-demográficos e clínicos através de um questionário elaborado com este intuito. Parte deste questionário era previamente preenchido com informação existente nos registos clínicos do paciente e, posteriormente, confirmada e completada junto do sujeito. Também, lhe era explicado que iria responder a dois questionários, o primeiro avaliava a sua QdV (QLQ-C30) e o segundo avaliava os índices de psicopatologia (BSI), depois iria realizar sete provas simples de lápis e papel com o objectivo de avaliar o seu funcionamento cognitivo. Após esta explicação e esclarecidas as eventuais dúvidas que pudessem surgir, iniciava-se a recolha. A recolha da amostra foi levada a cabo entre os meses de Junho a Setembro de 2010.

2.4. Análise Estatística

A análise e tratamento dos dados recolhidos foram efectuados no programa PASW 18.0 para *Windows*.

No sentido de melhor caracterizar os aspectos de QdV da nossa amostra, determinamos por comparação, as escalas de funcionamento que se apresentam mais elevadas, através do teste *Two-Way* de *Friedmann* para análise da variância, enquanto que, a determinação por comparação, dos sintomas mais elevados efectuou-se através do teste *Signed Ranks* de *Wilcoxon* para amostras relacionadas.

Para determinar a relação entre as variáveis independentes e os diferentes aspectos de QdV utilizamos as correlações de *Pearson*, sempre que as variáveis em estudo fossem contínuas. Para a análise da relação entre duas variáveis independentes utilizou-se o teste U de *Mann-Whitney*. Quando as variáveis independentes em estudo eram superiores a duas, utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Consideraram-se valores significativos com $p \leq 0.05$.

3. RESULTADOS

A descrição dos resultados obtidos pela nossa amostra nos diferentes domínios do QLQ-C30 encontra-se representada na tabela III.

Tabela III
Resultados obtidos pela amostra no QLQ-C30

	n	M	DP	Mínimo	Máximo
Estado de Saúde Geral / QdV					
Estado de Saúde Geral / QdV	30	60,3	23,7	16,7	100
Escala Funcionais					
Funcionamento Físico	30	81,8	17,3	33,3	100
Funcionamento Papeis	30	79,2	18,7	33,3	100
Funcionamento Emocional	30	94,4	11,9	50,0	100
Funcionamento Cognitivo	30	86,7	21,6	33,3	100
Funcionamento Social	30	83,3	16,9	50,0	100
Escala Sintomas					
Fadiga	30	20,7	22,4	0	77,8
Náuseas e Vômitos	30	5,6	11,9	0	50,0
Dor	30	12,2	18,5	0	66,7
Dispneia	30	0,0	0,0	0	0
Insónia	30	25,6	31,2	0	100
Perda de Appetite	30	8,9	21,3	0	100
Obstipação	30	20,0	31,1	0	100
Diarreia	30	11,1	22,0	0	66,7
Dificuldades Financeiras	30	18,9	32,4	0	100

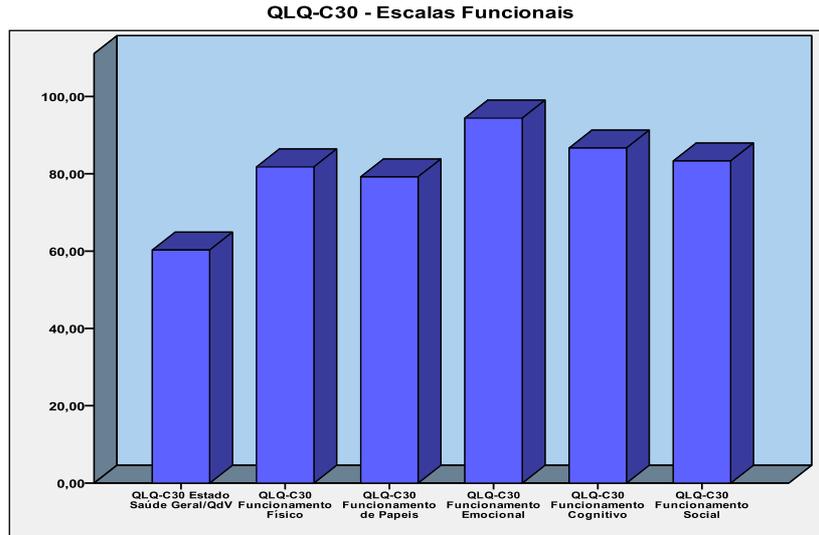


Figura 2 – Resultados obtidos pela amostra nas escalas funcionais do QLQ-C30

É-nos possível observar que, nas escalas funcionais, o score mais elevado obtido foi no funcionamento emocional, sendo este significativamente superior em relação ao funcionamento físico e de papéis ($p=.001$), ao funcionamento social ($p=.005$) e cognitivo ($p=.039$). Foi obtido também um valor baixo para o estado de saúde geral/QdV ($M=60,3$). É de referir uma vez mais que nestas subescalas, a obtenção de um resultado mais baixo é indicativo de um pior desempenho funcional.

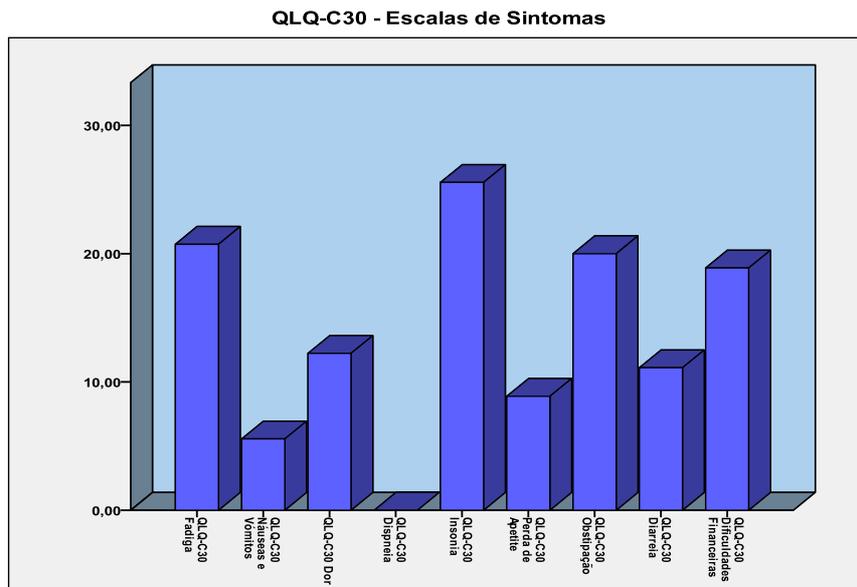


Figura 3 - Resultados obtidos pela amostra nas escalas de sintomas do QLQ-C30

Quanto às escalas de sintomas, dentro da nossa população, a queixa mais frequente terá sido a insónia (M=25,6), sendo significativamente superior às náuseas e vômitos ($p=.002$), perda de apetite ($p=.011$) e dor ($p=.037$). A fadiga (M=20,7) é o segundo sintoma mais relevante, sendo significativamente superior às náuseas e vômitos ($p=.002$) e perda de apetite ($p=.021$). A obstipação (M=20,0) e as dificuldades financeiras (M=18,9) são sintomas igualmente importantes. Os sintomas menos sentidos terão sido as náuseas/vômitos (M=5,6) e a perda de apetite (M=8,9). A dispneia é um sintoma que está ausente na totalidade da nossa amostra. Na avaliação dos sintomas, a obtenção de resultados mais elevados são indicativos de maior sintomatologia.

Os resultados do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) encontram-se descritos na seguinte tabela.

Tabela IV
Estatística descritiva dos resultados obtidos no BSI

BSI	M	DP	Mínimo	Máximo	Média população geral (*)
Somatização	0,58	0,45	0,0	1,57	0,57
Obsessão-Compulsão	0,91	0,62	0,0	2,67	1,29
Sensibilidade Interpessoal	0,62	0,60	0,0	2,00	0,96
Depressão	0,59	0,48	0,0	1,83	0,89
Ansiedade	0,74	0,51	0,0	1,83	0,94
Hostilidade	0,55	0,48	0,0	1,80	0,89
Ansiedade Fóbica	0,40	0,47	0,0	1,80	0,42
Ideação Paranóide	0,66	0,52	0,0	2,20	1,06
Psicoticismo	0,57	0,53	0,0	1,80	0,67
Índice Geral Sintomas	0,64	0,35	0,15	1,47	0,84
Índice Sintomas Positivos	1,57	0,33	1,0	2,23	1,56
Total Sintomas Positivos	20,87	10,07	1,0	38,0	26,99

Destacam-se os domínios psicopatológicos com maior índice registado a obsessão-compulsão (0,91), seguindo-se a ansiedade (0,74) e a Ideação Paranóide (0,66). A ansiedade fóbica (0,40), a hostilidade (0,55) e o psicoticismo (0,57) foram os índices com menor cotação.

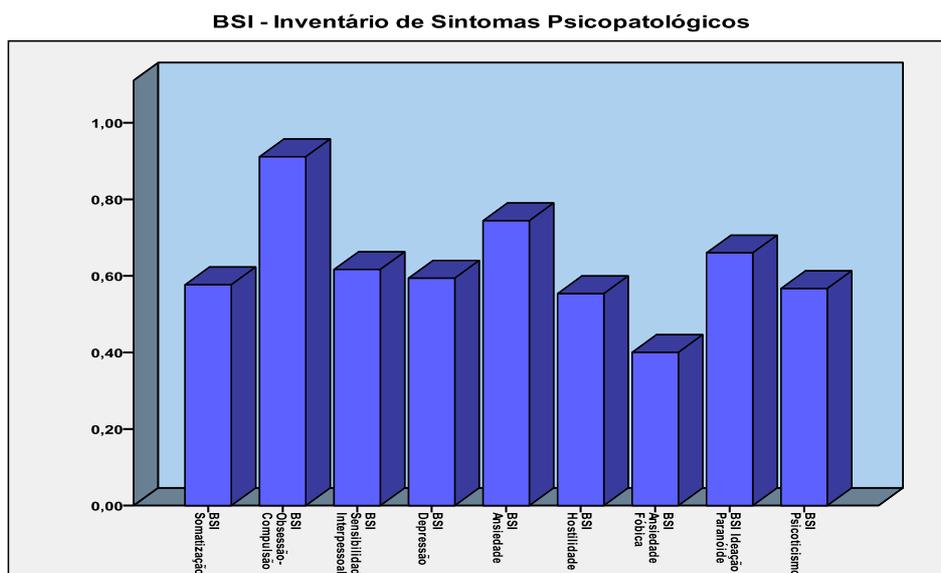


Figura 4 - Resultados obtidos pela amostra no BSI

Na tabela 6 apresentamos a descrição dos resultados obtidos pela nossa amostra nos diferentes testes de avaliação neurocognitiva.

Tabela V
Avaliação Neuropsicológica

Teste	n	M	DP	Mínimo	Máximo
Teste do Relógio	30	2,9	1,807	1	6
Trail Making Test A	30	72,8	34,85	33	180
Trail Making Test B	30	229,9	155,2	58	646
Stroop – Interferência	30	-1,45	8,39	-22,0	15,7
WMS – Memória Lógica Pontuação Total (Unidades Temáticas)	30	11,07	2,97	4	18
WMS – Memória Lógica Evolução da Aprendizagem	30	2,63	2,51	-3	9
BADS – Procura da Chave	30	7,63	3,0	0	3
WAIS – Código	30	43,97	18,98	20	86
WAIS – Memória Dígitos Directo	30	7,97	1,97	4	14
WAIS – Memória Dígitos Inverso	30	4,63	2,13	2	9

O objectivo principal deste estudo é averiguar a existência de correlações entre as variáveis sócio-demográficas, clínicas, factores psicopatológicos e funcionamento neurocognitivo com os diferentes domínios investigados pelo QLQ-C30.

Ao nível das variáveis sócio-demográficas não verificamos a existência de correlações estatisticamente significativas dos domínios do QLQ-C30 com as variáveis idade, anos de escolaridade, profissão e situação laboral. No entanto, encontramos correlações das variáveis sexo e estado civil com o QLQ-C30. Quanto à variável sexo, constatamos uma diferença significativa entre os géneros no item Estado de Saúde Geral/QdV ($U=33,5$; $p=0,001$), com os homens a apresentar um *Mean Rank* =9,58 e as mulheres *Mean Rank* =20,03 e no Funcionamento de Papeis ($U=62,0$; $p=0,04$), com os homens a apresentar um *Mean Rank* =11,77 e as mulheres *Mean Rank* =18,35. Estes valores evidenciam que as mulheres com TCP apresentam um melhor índice de Estado de Saúde Geral/QdV e Funcionamento de Papéis do que os homens. Relativamente ao estado civil verificamos um *Kruskal-Wallis* significativo para o Funcionamento Emocional ($p=0,04$) com os indivíduos casados a apresentarem um melhor índice funcional (*Mean Rank* =13,83) que os solteiros (*Mean Rank* =3,5) ($U=4$; $p=0,016$), assim como para o sintoma Diarreia ($p=0,017$), com os solteiros a apresentarem maior severidade do sintoma (*Mean Rank* =22) do que os casados (*Mean Rank* =12,22) ($U=5$; $p=0,01$).

Verificando a existência de possíveis correlações entre o QLQ-C30 e as variáveis clínicas, podemos inferir que o tratamento, a localização do tumor, o tempo após diagnóstico, o facto de ser recidiva tumoral ou não, bem como a presença de crises, não apresentaram diferenças significativas com as dimensões do QLQ-C30. Relativamente à histopatologia do tumor, detectamos um *Kruskal-Wallis* com diferenças significativas para o sintoma Perda de Apetite ($p=0,022$) com os indivíduos com tumores neuroepiteliais a apresentarem uma menor severidade do sintoma (*Mean Rank* =8,77) comparativamente com os sujeitos enquadrados em outros tipos de tumor (*Mean Rank* =14,63) ($U=11,5$; $p=0,015$). A variável grau de malignidade apresentou uma correlação significativa positiva com os sintomas Fadiga ($r=0,512$; $p=0,005$) e Dificuldades Financeiras ($r=0,518$; $p=0,005$), em que os pacientes com tumores de alto grau evidenciam mais fadiga e maiores dificuldades financeiras, comparativamente com os sujeitos com tumores de baixo grau. Quanto à lateralidade do tumor, o teste estatístico *Kruskal-Wallis* demonstrou existir

diferenças significativas ($p=0,035$) para o sintoma Diarreia, com os indivíduos com tumor à direita a apresentarem menor severidade do sintoma (*Mean Rank* =9,12) comparativamente com os de localização à esquerda (*Mean Rank* =12,27) ($U=41$; $p=0,006$).

Analisando as diferentes dimensões psicopatológicas com os vários factores inerentes à QdV verificamos a existência de correlações significativas em todas as variáveis psicopatológicas e que passaremos a descrever. No índice de Somatização evidenciamos uma relação negativa com o Funcionamento Físico ($r=0,501$; $p=0,005$) e com o Funcionamento Social ($r=0,405$; $p=0,027$). Pelo contrário existe uma correlação positiva com o sintoma Fadiga ($r=0,433$; $p=0,017$) e Diarreia ($r=0,389$; $p=0,304$). Isto significa que quanto maior o índice de Somatização do individuo com um TCP, maior será a sua sintomatologia de Fadiga e Diarreia e menor o seu Funcionamento Físico e Social. Relativamente à dimensão Obsessão-Compulsão verificou-se uma correlação negativa com o Funcionamento Físico ($r=-0,537$; $p=0,002$) e uma correlação positiva com o sintoma Fadiga ($r=0,521$; $p=0,003$), Obstipação ($r=0,405$; $p=0,027$), Diarreia ($r=0,398$; $p=0,029$) e Dificuldades Financeiras ($r=0,433$; $p=0,017$). Ou seja, quanto maior o índice de Obsessão-Compulsão menor será o Funcionamento Físico do individuo, enquanto que, quanto maior a Obsessão-Compulsão maior será a sintomatologia de Fadiga, Obstipação, Diarreia e maiores as Dificuldades Financeiras apresentadas. Quanto à Sensibilidade Interpessoal verificamos uma correlação negativa com Funcionamento Emocional ($r=-0,372$; $p=0,043$), demonstrando que quanto maior este índice for menor será o Funcionamento Emocional. O índice Depressão apresentou uma correlação negativa com Funcionamento de Papéis ($r=-0,427$; $p=0,019$), evidenciando que quanto maior o índice de Depressão menor o Funcionamento de Papéis. Relativamente à dimensão Ansiedade verificamos a existência de uma correlação negativa ($r= -0,415$; $p= 0,022$) com o Funcionamento Físico, demonstrando mais uma vez, que o aumento desta variável consequentemente diminui o Funcionamento Físico. Analisando o índice de Hostilidade verificamos a existência de uma correlação negativa com o Funcionamento de Papéis ($r=-0,475$; $p=0,008$) e com o Funcionamento Emocional ($r=-0,471$; $p=0,009$) e, uma correlação positiva com o sintoma de Náuseas/Vómitos ($r=0,370$; $p=0,044$), significando mais uma vez que um aumento da Hostilidade no individuo provoca uma diminuição do

Funcionamento de Papéis e um Funcionamento Emocional e o seu aumento provoca um agravamento do sintoma Náuseas/Vómitos. Na dimensão Ansiedade Fóbica encontramos uma correlação negativa com o Funcionamento Físico ($r=-0,410$; $p=0,024$), Funcionamento Emocional ($r=-0,369$; $p=0,045$), Funcionamento Cognitivo ($r=-0,675$; $p=0,000$) e Funcionamento Social ($r=-0,488$; $p=0,006$), significando que quanto maior esta for, pior será o funcionamento dos níveis supramencionados. Ao nível da Ideacção Paranóide constatamos uma correlação negativa com o Funcionamento de Papéis ($r=-0,364$; $p=0,048$), isto indica-nos que quanto maior for o primeiro, pior será o segundo. Relativamente ao índice de Psicoticismo denotamos uma correlação negativa com o Estado de Saúde Geral/QdV ($r=-0,407$; $p=0,026$), Funcionamento Físico ($r=-0,506$; $p=0,004$), Funcionamento Emocional ($r=-0,378$; $p=0,039$) e uma correlação positiva com o sintoma Náuseas/Vómitos ($r=0,380$; $p=0,038$), significando que um índice de Psicoticismo mais elevado diminuirá o Estado de Saúde Geral/QdV, o Funcionamento Físico e o Emocional e elevará a sintomatologia apresentada pelo indivíduo ao nível das Náuseas/Vómitos. No que concerne ao Índice Geral de Sintomas averiguamos uma correlação negativa com o Funcionamento Físico ($r=-0,506$; $p=0,004$) e Funcionamento Social ($r=-0,364$; $p=0,048$) e uma correlação positiva com as Dificuldades Financeiras ($r=0,399$; $p=0,029$), significando que quanto mais elevado for o Índice Geral de Sintomas menor será o Funcionamento Físico e Emocional do sujeito e maior as Dificuldades Financeiras apresentadas pelo sujeito.

No que respeita às variáveis neurocognitivas, também, foram determinadas as correlações existentes entre estas e as dimensões do QLQ-C30. Não foram evidenciadas quaisquer tipos de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis do QLQ-C30 e os testes neuropsicológicos: Teste do Relógio, TMT A e B, Dígitos em Ordem Inversa e o Teste do Stroop. No entanto, foram detectadas correlações, nomeadamente, na prova WMS Total Unidades de História, verificando-se uma correlação negativa com o Funcionamento Social ($r=-0,374$; $p=0,042$) e, significando que quanto melhor for o desempenho do indivíduo nesta prova pior será o seu Funcionamento Social; na subprova dos Dígitos em Ordem Directa, da WAIS, verificando-se, também, a existência de uma correlação negativa com o Funcionamento de Papéis ($r=-0,424$; $p=0,020$) e sendo indicativo de que

quanto melhor for o desempenho do indivíduo nesta prova pior será o seu Funcionamento de Papéis; e, a última correlação verificada, entre a subprova da Procura da Chave, da BADS, com uma correlação, também ela, negativa com o Funcionamento de Papéis ($r=-0,519$; $p=0,003$), significando, tal como as anteriores que, quanto melhor for o desempenho do indivíduo nesta prova pior será o seu Funcionamento de Papéis. Analisando estes dados, podemos inferir que as correlações estabelecidas entre o plano neuropsicológico e as dimensões do QLQ-C30, nomeadamente, o Funcionamento de Papéis e o Funcionamento Social, não são sustentáveis.

4. DISCUSSÃO

Neste estudo propusemo-nos avaliar a influência de factores sócio-demográficos, clínicos, psicopatológicos e do funcionamento cognitivo, na percepção da QdV em pacientes com TCP, tentando explicar de que forma eles se correlacionam.

A nossa investigação é especialmente pertinente visto que, apesar de existirem diversas publicações que estudam o impacto de diferentes variáveis na QdV dos pacientes com neoplasias cerebrais, poucas avaliam a existência de correlações abrangendo tantos domínios como o nosso, sendo que estudos desta índole são particularmente escassos, principalmente na população portuguesa.

Nos últimos tempos tem havido uma mudança na abordagem da avaliação destes pacientes, o foco de estudo deixou de ser apenas o tradicional, em que se privilegiavam os factores biológicos, evoluindo-se para uma mensuração mais global, onde se inclui a saúde física, mental e social, tendo-se caminhado na direcção do conceito de QdV.

Cada vez mais, com a evolução da medicina, o surgimento de um tumor cerebral, em muitos casos, não é propriamente uma sentença de morte. Embora, apesar dos esforços realizados pelos neuro-oncologistas ao longo das últimas décadas, a forma como se lida com os tumores do sistema nervoso central, continua a ser muito desafiadora.

A esperança média de vida destes pacientes tem vindo a aumentar de sobremaneira, sendo, por conseguinte, tão importante a avaliação da sua QdV e quais os factores que a poderão influenciar, para se trabalhar no desenvolvimento de estratégias com o intuito de a melhorar. Consequentemente, é de elevada relevância a investigação da forma como as várias características dos tumores, pacientes e a sua envolvente se correlacionam com a QdV.

A avaliação multidimensional por nós adoptada para avaliar a QdV dos pacientes com TCP providenciou uma grande variedade de informação. Agora importa reflectir sobre os resultados obtidos, inferindo daí algumas conclusões e enquadrá-los com a literatura existente.

Pudemos constatar que, efectivamente, tantos os factores sócio-demográficos, clínicos, psicopatológicos e cognitivos, de alguma maneira, têm um impacto ao nível das diferentes dimensões da QdV estudadas.

Avaliando os resultados obtidos ao nível do QLQ-C30, pode-se comprovar o facto de que o nosso grupo de estudos apresenta um baixo índice de QdV e do estado de saúde geral, confirmando aquilo que já foi amplamente discutido anteriormente, atestando que os TCP têm um grande impacto nestes factores.

O impacto negativo desta doença na QdV é mais evidente nos domínios do funcionamento de papéis, físico e social, sendo estes achados corroborados por outros autores (Osoba et al., 1997; Scott et al., 2008).

Um défice ao nível do funcionamento de papéis destes doentes, parece ser lógico, visto a incapacidade progressiva advinda desta patologia, associada aos défices cognitivos desenvolvidos nestes doentes, levar a uma maior inaptidão para as suas actividades profissionais e no desempenho das suas acções diárias. O estudo realizado por Weitzner e os seus colaboradores (1996) em pacientes com TCP mostrou que, principalmente naqueles doentes que não trabalham devido à sua doença, existe uma pior qualidade do seu relacionamento em casa, uma menor capacidade na realização das suas tarefas domésticas, há uma deterioração na sua comunicação com a família e um aumento na dependência de terceiros, levando a uma diminuição da sua percepção global de QdV.

Pacientes com cancro, tais como outros que possuem doenças crónicas, têm de lidar com alterações importantes ao nível da sua forma de viver e no seu

funcionamento social, que poderão originar alterações ao nível do relacionamento com o cônjuge, familiares e amigos (Weitzner et al., 1996). Evidenciamos com o nosso estudo ser este o domínio mais afectado nestes doentes.

Os TCP, bem como o seu tratamento, associam-se a um conjunto de sintomas que poderão ser bastante incapacitantes para o paciente, levando a um défice ao nível do seu desempenho físico (Osoba, Brada, Prados & Yung, 2000). Por conseguinte, tal como seria de esperar, o funcionamento físico é um dos factores da QdV assinalado como estando mais afectado pelos nossos doentes.

Enquadrando os resultados por nós obtidos no QLQ-C30, com a literatura existente é-nos possível observar a concordância entre os nossos valores e publicações efectuadas previamente, nomeadamente, quando comparamos com os resultados obtidos pelo grupo de estudo do *EORTC QLQ-C30* (Scott et al. 2008) – tabela VI.

Tabela VI
Comparação dos resultados obtidos no QLQ-C30 com EORTC QLQ-C30 (2008)

	Nosso estudo (n=30)		EORTC QLQ-C30 (n=280)	
	M	DP	M	DP
Estado de Saúde Geral / QdV				
Estado de Saúde Geral / QdV	60,3	23,7	61,6	22,2
Escala Funcionais				
Funcionamento Físico	81,8	17,3	---	---
Funcionamento Papeis	79,2	18,7	58,1	32,9
Funcionamento Emocional	94,4	11,9	70,9	23,4
Funcionamento Cognitivo	86,7	21,6	72,8	26,1
Funcionamento Social	83,3	16,9	66,8	31,0
Escala Sintomas				
Fadiga	20,7	22,4	37,5	26,2
Náuseas e Vômitos	5,6	11,9	3,9	12,9
Dor	12,2	18,5	16,5	23,9
Dispneia	0,0	0,0	12,1	21,3
Insónia	25,6	31,2	21,7	29,2
Perda de Appetite	8,9	21,3	7,0	17,3
Obstipação	20,0	31,1	17,8	29,6
Diarreia	11,1	22,0	3,8	14,2
Dificuldades Financeiras	18,9	32,4	20,3	28,9

A avaliação do estado de saúde geral/QdV é semelhante nos dois estudos. Relativamente às escalas funcionais, obtivemos resultados relativamente mais optimistas, contudo, os domínios que se apresentam como mais afectados são similares, ou seja, ao nível do funcionamento papeis, físico e social. Os menos comprometidos terão sido o funcionamento emocional e cognitivo. Também os sintomas mais referidos em ambos estudos são concordantes, sendo a insónia e a fadiga os preponderantes e a dispneia, náuseas e vômitos, perda de apetite e a diarreia os menos sentidos.

As características sócio-demográficas da nossa população evidenciam um predomínio dos TCP nos pacientes do sexo feminino, com uma média de idades a rondar os 50 anos, um nível de escolaridade médio de aproximadamente 8 anos, predominantemente casados e encontrando-se no activo, em termo laborais, cerca

de 25%, estando em linha com o tipo de população existente em diversos outros estudos sobre a mesma temática (Giovagnoli, Tamburini & Boiardi, 1996; O'Dell, Barr, Spanier & Warnick, 1998; Pelletier, Verhoef, Khatri & Hagen, 2002; Salo, Niemelä, Joukamaa & Koivukangas, 2010), embora alguns evidenciam um predomínio dos tumores no sexo masculino.

É importante referir que alguns dos factores de exclusão por nós impostos poderão de alguma forma ter um impacto no nosso estudo. A exclusão de pacientes que, devido ao elevado grau de incapacidade física ou cognitiva associada à gravidade dos seus tumores, pode eventualmente, ter surtido efeito no valores de QdV obtidos. Relativamente a alguns dos aspectos sócio-demográficos pudemos evidenciar que existem associações significativas, nomeadamente ao nível do género e do estado civil, em que os homens evidenciam uma pior reacção aos tumores cerebrais, sendo que têm um menor desempenho ao nível do funcionamento de papéis e têm uma pior perspectiva relativamente ao seu estado de saúde geral/QdV do que as mulheres. Na literatura os estudos existentes não são concordantes, sendo que em alguns se referencia que as mulheres com tumores cerebrais apresentam índices de QdV mais baixos (Rogers, Orav & Black, 2001), ao passo que outros não o demonstram (Brown et al, 2006). Foram realizados estudos em pacientes com doença do foro oncológico, avaliando o ajustamento emocional, afectividade e estratégias de *coping* nestes pacientes, tendo-se evidenciando menores índices de desajustamento nos homens, e um maior mal-estar, maior número de pensamentos intrusivos e difíceis de controlar, maior isolamento, desmoralização, desmotivação, bem como uma maior tensão e preocupação face à doença, nas mulheres (Soares, Moura, Carvalho & Baptista, 2000).

Demonstramos que existe uma correlação positiva entre o grau de malignidade e o sintoma fadiga e dificuldades financeiras, inferindo-se que, conseqüentemente os homens poderão evidenciar mais estes sintomas, condicionando um pior desempenho ao nível do funcionamento de papéis.

O mesmo acontece em relação aos indivíduos casados, que apresentam um melhor funcionamento emocional do que os solteiros, podendo eventualmente inferir-se que tal possa advir de um melhor suporte familiar. O apoio social e familiar tem sido identificado como um importante factor de adaptação emocional à doença e bem-estar, contribuindo, conseqüentemente, para uma melhor QdV (Silva et al., 2003). Como referem Rodin e Salovey (1989) o suporte social é muito importante no alívio

do stress numa situação de crise, poderá estar implicado na inibição do desenvolvimento da doença e quando o sujeito já se encontra doente, este é fundamental na sua recuperação (Pais Ribeiro, 1999).

Não nos foi possível constatar a existência de correlação significativa entre a idade e nível de escolaridade dos pacientes com a QdV, contudo, alguns estudos demonstram existir algum grau de interdependência entre estes factores, demonstrando que os pacientes com TCP mais novos têm melhores classificações ao nível da QdV do que os pacientes mais velhos e que a literacia também parece ter um impacto ao nível da QdV, em que os pacientes iliterados apresentam *scores* significativamente mais baixos do que os pacientes com formação secundária (Budrukhar et al., 2009). Em investigações realizadas em pacientes adultos sobreviventes de longo prazo a gliomas hemisféricos, constatou-se que a idade era um importante factor prognóstico nestes doentes (Awward, Cull & Gregor, 1990), contudo, Weitzner e os seus colaboradores, em 1996, corroboram o nosso estudo, tendo evidenciado que a idade não é um factor relevante em termos da percepção da QdV em pacientes com TCP.

Comprovou-se, também, que, do ponto de vista clínico, a histopatologia, o grau de malignidade e a lateralidade do tumor influenciam significativamente alguns aspectos das escalas de sintomas do QLQ-C30. Os pacientes com tumores da linhagem neuroepitelial apresentam menor severidade ao nível da perda de apetite, comparativamente com os outros tipos de tumores. Os tumores com um maior grau de malignidade implicam uma maior severidade do sintoma fadiga do que os de baixo grau. Este aspecto parece facilmente explicável, tendo em consideração que os tumores de alto grau implicam uma maior debilidade física dos pacientes, acarretando, conseqüentemente, uma maior fatigabilidade. Aliás, como é possível constatar, o sintoma fadiga foi uma das principais queixas do nosso grupo de pacientes, sendo apenas suplantado pela insónia. Este facto já foi previamente comprovado em estudos anteriores. Pesquisas realizadas em 41 pacientes com gliomas de alto grau, avaliando a sua QdV evidenciaram que a fadiga era o sintoma mais referido numa escala de 9 sintomas (Osoba, et al., 1997). A corroborar esta constatação, outras investigações realizadas, evidenciaram que as dificuldades nos níveis de “energia” em pacientes com tumores de alto grau eram maiores do que aqueles com tumores benignos ou de baixo grau, demonstrando ainda, que o

aumento dos níveis de fatigabilidade destes doentes se correlacionava fortemente com o decréscimo da QdV (Pellitier, Verhoef, Khatri & Hagen, 2002).

No nosso estudo, o sintoma que foi referido com maior severidade foi a insónia. A elevada taxa de incidência de perturbações do sono em pacientes com neoplasias cerebrais já foi previamente descrita. A título de exemplo, referimos um estudo realizado por Wellisch e seus colegas (Wellisch, Kaleita, Freeman, Cloughesy & Goldman, 2002), que reporta que 31,6%-52,0% dos pacientes de uma clínica de neuro-oncologia padeciam de algum tipo de perturbação do sono.

Relativamente à lateralidade, a nossa investigação apenas evidenciou uma associação desta variável com o sintoma diarreia, sendo este mais severo nos pacientes com tumores à esquerda, embora para este facto não exista uma explicação viável. É ainda de referir que não detectamos influências significativas da localização do tumor e as diferentes dimensões da QdV, esta observação poderá estar ligada ao baixo número de indivíduos dentro de cada uma das categorias de localização. Na literatura existem alguns estudos contraditórios relativamente ao efeito da lateralidade e localização dos tumores. Brown e os seus colaboradores demonstraram que os pacientes com tumores ao nível do hemisfério direito evidenciavam um incremento do sintoma fadiga, comparativamente com os do lado esquerdo (Brown et al., 2006). Outros estudos evidenciaram que os tumores do lado esquerdo se correlacionam com mais sintomas depressivos (Hahn et al., 2003) e com dificuldades na comunicação (Klein et al., 2002), ao passo que Salo e os seus colaboradores (2002) ressaltaram a existência de um efeito negativo dos tumores no hemisfério direito em diversas dimensões da QdV.

Apesar de não existir uma clara relação entre a lateralidade do tumor e o modo de afecção dos pacientes, de uma maneira geral, os tumores ao nível do hemisfério não dominante estão geralmente associados a um menor défice cognitivo, o que poderá levar a um maior índice de QdV, do que os tumores localizados no hemisfério dominante (Giovannoli et al., 1996). Contraditoriamente, Rogers e seus colaboradores não comprovaram a existência de relação entre a localização dos tumores e a QdV (Rogers, Orav & Black, 2001).

Frequentemente os sintomas psicopatológicos estão presentes nos transtornos neurológicos, nomeadamente nos tumores cerebrais, surgindo muitas vezes como a primeira manifestação da doença. Estas manifestações psiquiátricas podem emergir

sobre a forma de síndrome depressivo, alterações cognitivas, da personalidade e sintomas psicóticos (Skaf, Yamada, Akamine & Filho, 1999).

As pesquisas efectuadas até agora têm demonstrado que as variáveis psicológicas têm impacto na vivência da doença e na sobrevivência. Em combinação com os sintomas da patologia e com os tratamentos, as características psicológicas das pessoas influenciam a forma como vivenciam a sua condição, percebendo assim a sua QdV como melhor ou pior (Pais Ribeiro, 2001).

Pela nossa avaliação psicopatológica é-nos possível observar que apesar dos resultados obtidos pelo nosso grupo de estudo se encontrarem dentro dos limites da normalidade, foram encontradas correlações significativas entre estes e as diferentes dimensões do QLQ-C30. Quanto à ansiedade, existem vários estudos que corroboram a nossa observação. Giovagnolli, Tamburini e Boiardi (1996), no seu estudo sobre QdV em pacientes com tumores cerebrais relataram a existência de perturbação de ansiedade em cerca de 30% dos sujeitos. Concordando com esta abordagem, Arnold e seus colaboradores, em 2008, estudaram a prevalência de ansiedade e de depressão em pacientes com TCP, demonstrando que 41% apresentavam sintomas de depressão e 48% distúrbio de ansiedade generalizada. Apesar do estudo previamente mencionado evidenciar que a depressão é uma característica frequente nesta população, o índice de depressão obtido através da BSI nos nossos doentes não foi propriamente o mais elevado. Estes nossos achados são confirmados por outro estudo que evidencia que a depressão poderá não ser um problema sério nestes doentes, surgindo em apenas 7,6% dos casos do seu grupo de pesquisa (Giovagnolli, Tamburini & Boiardi, 1996).

Foi possível constatar a existência de diversas correlações estatisticamente significativas entre vários domínios psicopatológicos e diversos parâmetros do QLQ-C30, sendo estas inversas para as escalas funcionais e directas para as escalas de sintomas. Estes achados evidenciam uma correlação lógica, comprovando-se que os factores psicopatológicos têm um impacto na percepção da QdV dos pacientes, em que uma elevação nos índices do funcionamento psíquico reflecte um pior funcionamento ao nível físico, de papéis, emocional, cognitivo e social, e um aumento na severidade dos sintomas, nomeadamente ao nível da obstipação, diarreia e dificuldades financeiras.

Os distúrbios de ansiedade têm vindo a ser estudados no âmbito do seu impacto na QdV dos pacientes que dela padecem. Constatamos que pacientes com um maior

índice de ansiedade apresentam um pior desempenho ao nível do funcionamento físico e com um *score* mais elevado na ansiedade fóbica, têm inferior funcionamento físico, emocional, social e cognitivo. Estas interações já foram previamente constatadas. Massion, Warshaw e Keller (1993) examinaram o efeito do distúrbio de ansiedade generalizada e perturbação de pânico na QdV de um grupo de doentes, comprovando que ambos os grupos apresentavam défices ao nível do funcionamento de papéis e social, bem como uma baixa satisfação global com a vida.

Pessoas com ataques de pânico, um dos distúrbios de ansiedade, apresentam um acometimento substancial na sua percepção ao nível do seu funcionamento físico, emocional, ocupacional e na sua independência financeira (Mauro, Mendlowicz, Murray & Stein, 2000).

Um dos distúrbios de ansiedade é a ansiedade social, pelo que parece evidente que esta condicionará um pior funcionamento social dos pacientes com elevados níveis desta sintomatologia.

Na nossa avaliação psicopatológica, registamos o facto de que os pacientes com um índice de sintomatologia obsessivo-compulsiva mais elevado, demonstravam um pior funcionamento físico e um aumento dos sintomas fadiga, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras. A existência de um impacto negativo destas características na QdV dos pacientes tem vindo a ser explanada em publicações prévias. Está comprovado que o transtorno obsseivo-compulsivo tem implicações negativas evidentes ao nível dos vários domínios da QdV, principalmente no funcionamento social e de papéis (Bobes, González, Bascarán, Arango, Sáiz & Bousoño, 2001). Contudo, alguns estudos contrariam os nossos achados, referindo que o transtorno obsessivo-compulsivo tem uma interferência negativa em quase todos os domínios da QdV, excepto na dor e na saúde física dos pacientes, embora se tenha evidenciado uma correlação com a vitalidade na sub-escala de compulsões (Rodríguez-Salgado et al., 2006). São consequências comuns do transtorno obsessivo-compulsivo a diminuição da auto-estima e do bem-estar subjectivo, interferência negativa na vida estudantil, profissional, familiar, afectiva e social, com menos conquistas académicas, menores aspirações de carreira, dificuldades de relacionamento, menos amigos e menor capacidade para apreciar actividades de lazer (Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira & Torres, 2008). O impacto desta sintomatologia ao nível profissional e das aspirações da carreira podem justificar a

correlação por nós obtida com as dificuldades financeiras. No entanto, não foi encontrada na literatura suporte para a relação entre este factor e os restantes sintomas.

Evidenciamos que, dos nossos pacientes, aqueles que patentearam um maior índice de sintomatologia depressiva, apresentavam um pior funcionamento ao nível dos papéis. A correlação negativa existente entre a depressão e os índices de QdV é algo que tem vindo a ser extensivamente demonstrado (Fleck et al., 2002). Na observação de pacientes com semiologia depressiva, Kuehner em 2002, verificou que os doentes com menor gravidade de sintomatologia depressiva, constatavam níveis superiores de funcionamento e de satisfação nas actividades da vida diária, e um melhor funcionamento no desempenho dos seus papéis e ao nível das relações sociais. Estes achados foram corroborados por outro estudo que objectivou que a sintomatologia depressiva afecta de forma negativa e significativa todos os domínios e facetas da QdV, independentemente da presença ou ausência do diagnóstico de uma perturbação de humor (Gameiro et al., 2008).

A somatização é definida como a propensão para um indivíduo sentir e referenciar sintomas físicos/somáticos, os quais não apresentam uma correspondência patofisiológica com qualquer doença, requerendo ajuda médica para isso (Lipowski, 1988). Segundo o DSM-IV alguns dos sintomas que se incluem nesta perturbação são de carácter doloroso, gastrointestinal, pseudoneurológico e sexual. Pelo anteriormente explanado, é expectável que sujeitos com maiores índices de sintomas somáticos, apresentem um pior funcionamento físico, um aumento de fadiga e sintomas tais como a diarreia, conduzindo a um pior desempenho ao nível do funcionamento social. Sendo desta forma justificadas as correlações encontradas no nosso estudo neste âmbito.

A esquizofrenia pode devastar as vidas das pessoas que com ela vivem e das suas famílias. As pessoas com esquizofrenia sofrem de stress, incapacidade, produtividade reduzida e baixa QdV (Wilkinson et al., 2000). O psicoticismo e a ideação paranóide, embora de forma clinicamente não significativa, são característicos nestes pacientes. Os sintomas psicóticos, tais como o pensamento dissociativo são sinais socialmente fracturantes (Heinrichs, Hanlon & Carpenter, 1984), pelo que é plausível considerar que estes sintomas evidenciam um impacto na QdV destes doentes, ao nível do funcionamento de papéis, emocional, físico e no estado de saúde geral/QdV.

A sensibilidade interpessoal refere-se à nossa capacidade de perceber e responder com cuidado aos estados internos das outras pessoas, compreender os antecedentes desses estados e prever os subsequentes acontecimentos daí advindos. Caracteriza-se pela sensação de inadequação pessoal e frequente interpretação errada dos comportamentos interpessoais dos outros, resultando em desconforto na presença de terceiros e no evitamento interpessoal, bem como comportamentos não assertivos. A sensibilidade à rejeição interpessoal correlaciona-se fortemente com elevados índices de ansiedade sobre interações sociais, sintomatologia depressiva, inibição da expressão de raiva e baixa percepção de QdV (Harb, Heinberg, Fresco, Schneier & Liebowitz, 2002), corroborando assim os nossos achados, em que um índice mais elevado de sensibilidade interpessoal acarreta um pior funcionamento emocional.

A hostilidade é uma variável cognitiva multifacetada e difícil de definir, em que se conota com a desvalorização da palavra e das motivações dos outros, a expectativa de que terceiros são fonte de maldade, a tendência à oposição aos outros e o desejo de se infligir dano ou de ver os outros mal. Um modelo de vulnerabilidade psicossocial sugere que a hostilidade se associa a uma variedade de características prejudiciais, tais com um baixo suporte social e elevados níveis de conflito interpessoal em casa e no trabalho (Siegman & Smith, 1994). As pessoas hostis muitas vezes adquirem estas características do meio social em que estão inseridas, transportando estes sentimentos para as suas acções e pensamentos. Pelo facto de tendencialmente estes sujeitos desconfiarem dos outros, esperarem ser mal tratados por terceiros e por atribuírem intenções hostis aos outros, têm tendência a serem opositores e apresentarem comportamentos agressivos. Estas atitudes levarão a um aumento do conflito interpessoal e ao enfraquecimento do suporte social (Siegman & Smith, 1994). A anterior explanação legitima os resultados por nós registados, em que se constatou que o aumento da hostilidade apresentava uma correlação negativa com o funcionamento emocional e de papéis.

Tem vindo a ser demonstrado que a elevada sintomatologia de hostilidade acarreta um importante impacto negativo na saúde dos sujeitos que dela padecem, principalmente ao nível das patologias cardíacas coronárias e outras condições cardiovasculares (Allen, Markovitz, Jacobs & Knox, 2001).

Constatamos que existe uma correlação positiva entre o índice de hostilidade e a prevalência de náuseas e vômitos. Estes são sintomas que se encontram

frequentemente presentes em pacientes com tumores, principalmente associados aos seus tratamentos, nomeadamente à quimioterapia (Morrow, 1984). Estudos prévios, em que se tentaram estudar os factores desencadeantes de náuseas e vômitos antecipatórios em pacientes com cancro também evidenciaram que elevados índices de ansiedade e hostilidade podem funcionar como factores despoletantes destes sintomas, embora a sua justificação ainda não esteja claramente estabelecida (Ingle, Burish & Wallston, 1984)

Comprovamos que os sintomas psicopatológicos influenciam a percepção da QdV, da nossa população em estudo, de diversas formas, correlacionando-se inversamente com as escalas funcionais e directamente com as escalas de sintomas. Pelo que, de um modo geral, o aumento de sintomas psicopatológicos levam a uma maior intensidade de sintomas e um pior desempenho ao nível funcional. Fazendo, por conseguinte, sentido que um aumento no índice geral de sintomas induza uma diminuição do funcionamento físico e social que, conseqüentemente, poderão levar a um aumento ao nível das dificuldades financeiras.

Tal como anteriormente referenciado, já foi claramente explanada a correlação existentes entre os TCP e os défices cognitivos. Contudo, ao nível destas correlações, verificamos a existência de algumas interacções significativas entre os testes neurocognitivos e algumas variáveis da QdV. Evidenciou-se uma correlação negativa entre a WMS – Total unidades de história e o funcionamento social, e entre a subprova da memória de dígitos e a procura da chave com o funcionamento de papéis do QLQ-C30. Estas correlações significativas entre alguns dos testes neuropsicológicos e o funcionamento social e de papéis, levantam algumas dúvidas, uma vez que sugerem que a elevação de algumas funções neurocognitivas se associa a um pior índice de funcionamento nestes indivíduos. Esta sugestão não nos parece que possa ser coadunada em nenhum quadro teórico, pelo que nos leva a deduzir que estamos perante uma associação fortuita de variáveis. Contraditoriamente aos nossos resultados, na literatura é-nos possível encontrar diversas investigações que correlacionam directamente o funcionamento cognitivo e os índices de QdV. Estes achados foram demonstrados em pacientes sobreviventes de longa data com tumores cerebrais malignos (Giovagnoli & Boiardi, 1994; Giovagnoli et al., 1996; Osoba et al., 1997) e em pacientes com gliomas recentemente diagnosticados (Klein et al., 2002).

Curiosamente, na nossa investigação, não inferimos a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção que os pacientes tinham sobre o seu funcionamento cognitivo e os resultados obtidos na avaliação neurocognitiva, que eram francamente baixos. O que nos pode levar a inferir que a percepção que os pacientes têm do seu funcionamento cognitivo e, conseqüentemente, da sua QdV poderão não se coadunar com o seu estado real. Estes achados vão de encontro ao conceito existente sobre QdV, sendo este relativamente abstracto, subjectivo e de difícil definição, por ser vivenciado e percebido de uma forma multifactorial e individual, reflectindo a satisfação geral que cada sujeito tem com a sua vida. A nosso ver, poderá estar aqui demonstrada a dificuldade existente na tentativa de quantificar a QdV dos pacientes e a fragilidade que as escalas existentes para a sua avaliação possuem.

Das quatro hipóteses iniciais que nos propusemos avaliar com esta investigação todas se confirmaram, embora umas de forma mais consistente de que outras. Relativamente à primeira hipótese por nós avançada, em que se supunha que os factores sócio-demográficos apresentam correlações com os diferentes domínios da QdV, constatou-se que tal acontece e que os factores que a poderão influenciar são o género dos indivíduos e o seu estado civil. A nossa segunda hipótese presumia a existência de uma interligação entre os factores clínicos dos nossos sujeitos e a sua percepção de QdV, sendo que tal se veio a comprovar, evidenciando-se que a histopatologia do tumor, o seu grau de malignidade e a lateralidade tinham um impacto significativo em diferentes domínios da QdV. A terceira hipótese conjecturava a existência de influência de factores psicopatológicos na QdV, sendo que se verificou que estes, de uma forma heterogénea, implicavam um aumento dos índices de sintomas e uma diminuição ao nível do funcionamento dos sujeitos em vários domínios das escalas funcionais. A única hipótese investigada que não se revelou consistente, terá sido a quarta, em que se supunha a existência de uma correlação entre o funcionamento cognitivo e a QdV dos pacientes, mas, neste item, embora se tenham referenciado algumas interligações estatisticamente significativas, estas carecem de teor lógico e não se coadunaram com aquilo que seria espectável ou com o que tem vindo a ser descrito na literatura.

A nossa observação apresenta alguns pontos menos fortes. Em primeiro lugar, tal como já anteriormente referido, a nossa amostra é pequena e pode-se considerar bastante heterogénea, pelo que todas as inferências que poderão advir deste

estudo deverão ter este factor em consideração. Julgamos que, com a eventual continuação desta investigação e com o estudo de mais sujeitos poderíamos determinar um modelo explicativo da QdV em doentes com tumores cerebrais, através da realização de uma regressão linear múltipla. Contudo, como não nos foi possível obter uma amostra mais ampla, pelo que, este estudo assinala as variáveis que poderão contribuir para a construção do referido modelo.

Estudos futuros deverão incluir amostras de maior dimensão, tendo também um interesse especial o estudo da evolução destes pacientes.

5. CONCLUSÃO

Quando nos encontramos a falar sobre uma tão abrangente temática como o cancro, é obvio que de imediato se levantam algumas limitações no seu estudo. A grande diversidade de tipos de tumores, os diversos estadios da doença em que o paciente se pode encontrar, as diferentes abordagens terapêuticas que se podem aplicar a cada um, associados, ainda, às diferentes idades em que surgem, as características sócio-demográficas dos indivíduos e a forma subjectiva e individual que cada um percebe a qualidade da sua vivência, leva-nos a constatar a grande complexidade de qualquer avaliação que se proponha identificar a QdV, ou os diferentes domínios que a constituem, no cancro.

O objectivo final dos cuidados de saúde é a restauração ou preservação da QdV relacionada com a saúde. Em termos clínicos, quando se lida com doentes com tumores cerebrais existe uma particular preocupação em se preservar ou restaurar o funcionamento neurológico e na melhoria dos sintomas daí advindos. Contudo, a avaliação da QdV para determinar de que forma estes objectivos estão a ser obtidos ou não, são de crucial importância, pelo que a melhoria ou manutenção dos índices de QdV destes pacientes deve ser preponderante, principalmente naqueles com tumores de elevado grau de malignidade (Osoba et al., 2000).

Estes pacientes devem merecer especial atenção visto que, o diagnóstico de tumor cerebral é obviamente devastante, pela sua gravidade, conotação emocional e perspectivas inerentes, tendo um importante impacto na sua QdV, sendo por isso de

crucial importância um apropriado tratamento sintomático, acompanhamento pelos profissionais de saúde e um suporte familiar adequado.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, A., Markovitz, J., Jacobs, D., & Knox, S. (2001). Social support and health behavior in hostile black and white men and women in CARDIA. *Psychosomatic Medicine*, 63, 609-618.
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. (4ª Ed. – Texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Arnold, S.D., Forman, L.M., Brigidi, B.D., Carter, K.E., Schweitzer, H.A., Quinn, H.E., et al. (2008). Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors. *Neuro-oncology*, 1, 171-181.
- Awward, S., Cull, A., & Gregor, A. (1990). Long-term survival in adult hemispheric glioma: Prognostic factors and quality of outcome. *Clinical Oncology*. 2(6), 343-346.
- Bobes, J.,Gonzáles, M.P., Bascarán, M.T., Arango, C., Sálz, P.A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16, 239-45.
- Bowling, A., & Brazier, J. (1995). Quality of life in social science and medicine introduction. *Social, Science & Medicine*, 41(10), 1337-8.
- Brown, P., Ballman, K., Rummans, T., Maurer, M., Sloan, J, Boeve, B. et al. (2006). Prospective study of quality of life in adults with newly diagnosed high-grade gliomas. *Journal of Neuro-oncology*, 76(3), 283-291.
- Budrukkar, A., Jalali, R., Dutta, D., Sarin, R., Devlekar, R., Parab, S., et al. (2009). Prospective assessment of quality of life in adult patients with primary brain tumours in routine neurooncology practice. *Journal of Neuro-Oncology*, 95(3), 413-419.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D., & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of Life Research*, 2(6), 451-459.
- Campos, M.O., & Neto, J.F.R. (2008). Qualidade de vida: Um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232-240.

- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I.. Em M.R. Simões, M.M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. 2. Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C., & Pereira M. (s.d.) *Avaliação da qualidade de vida em indivíduos infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana*. Recuperado em 2010, Fevereiro 23, de <http://www.gadsida.org/documentos/VIHcanavarro&pereira.pdf>.
- Canavarro, M. C., Pereira, Simões, M., Pintassilgo A. L., & Ferreira, A. P. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa (de Portugal) do instrumento de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 15-28.
- Carrilho, M.J., & Patrício, L. (2005). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 38, 111-140, Lisboa: INE.
- Castro, S.L., Cunha, L.S. & Martins, L. (2000). *Teste stroop neuropsicológico em portugueses*. Disponibilizado pelo Laboratório da Fala da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto em: <http://www.fcpe.up.pt/labfala>.
- Charalambides, C., Dinopoulos, A., & Sgouros, S. (2009). Neuropsychological sequelae and quality of life following treatment of posterior fossa ependymomas in children. *Child's Nervous System*, 25(10), 1313-1320.
- Coiteiro, D. (2006). Neoplasias intracranianas. Em J. Ferro & J. Pimentel (Coord.). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.
- DeAngelis, L. M. (2001). Brain Tumors. *The New England Journal of Medicine*. 344(2), 114-123.
- Duncan, M.T. (2006). Obtenção de dados normativos para desempenho no teste de stroop num grupo de estudantes do ensino fundamental em Niterói. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico*, 55(1), 42-48.
- Ferreira, P.L., & Pinto, B.A. (2008). Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 21(2), 111-124.
- Fleck, M.P., Leal, O.F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.

- Fleck, M.P., Lima, A.F., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V.R., et al. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista Saúde Pública*, 36(4), 431-8.
- Franzi, S.A., & Silva, P.G. (2003). Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no hospital de Heliópolis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 49(3), 153-158.
- Fuzikawa, C.S., Uchôa, E., & Lima-Costa, M.F. (2003). Teste do relógio: uma revisão da literatura sobre este teste de rastreamento de deficit cognitivo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(3), 223-235.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M.C., Simões, M., Rijo, D., et al. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Giovagnoli, A.R., & Boiardi, A. (1994). Cognitive impairment and quality of life in long-term survivors of malignant brain tumors. *The Italian Journal of Neurological Sciences*, 15(9), 481-488.
- Giovagnoli, A.R., Tamburini, M., & Boiardi, A. (1996). Quality of life in brain tumor patients. *Journal of Neuro-Oncology*, 30, 71-80.
- Golden, C.J. (2006). *Stroop – El test de colores y palabras*. Madrid: Tea Ediciones.
- Groth-Marnat, G., Gallagher, R.E., Hale, J.B., & Kaplan, E. (2000). The Wechsler intelligence scales. In Groth-Marnat (Ed.). *Neuropsychological assessment in clinical practice: a guide to test interpretation and integration*. New York: Wiley.
- Hahn, C.A., Dunn, R.H., Logue, P.E., King, J.H., Edwards, C.L., & Halperin, E.C. (2003). Prospective study of neuropsychologic testing and quality-of-life assessment of adults with primary malignant brain tumors. *International Journal of Radiation OncologyBiologyPhysics*, 55(4), 992-999.
- Hamdan, A.C., & Corrêa, P.H. (2009). Memória episódica e funções executivas em idosos com sintomas depressivos. *Psico*, 40(1), 73-80.
- Harb, G.C., Heimberg, R.G., Fresco, D.M., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (2002). The psychometric properties of the interpersonal sensitivity, measure in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 961–979.

- Heinrichs, D., Hanlon, T., & Carpenter, W. (1984). The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-396.
- Huang, M. E., Wartella, J. E., & Kreutzer, J. S. (2001). Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors: a preliminar report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(11), 1540-1546.
- Ingle, R.J., Burish, T.G., & Wallston, K.A. (1984). Conditionability of cancer chemotherapy patients. *Oncology Nursing Forum*, 11(4), 97-102.
- Janda, M., Newman, B., Obermair, A., Woelfl, H., Trimmel, M., Schroeckmayr, H., et al. (2004). Impaired quality of life in patients commencing radiotherapy for cancer. *Strahlentherapie und Onkologie*, 180(2), 78-83.
- Junqué, C. & Barroso, J. (2007). *Neuropsicología*. Madrid: Sintesis Psicologia.
- Kaleita, T.A., Wellisch, D.K., Cloughesy, T.F., & Ford, J.M. (2004). Prediction of neurocognitive outcome in adult brain tumor patients. *Journal of Neuro-Oncology* 67, 245-253.
- Kasper, D., Fauci, A., Longo, D., Braunwald, E., Hauser, S. L. & Jameson, L. (Eds.) (2005). *Harrisson's principles of internal medicine* (16^a Ed.). New York: McGraw Hill.
- Klein, M., Taphoorn, M. J. B., Heimans, J. J., Van Der Ploeg, H. M., Vandertop, W. P., Smit, E. F., et al. (2002). Neurobehavioral status and health-related quality of life in newly diagnosed high-grade glioma patients. *Journal of Clinical Oncology*, 19(20), 4037-4047.
- Kuehner, C., (2002). Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-70.
- Laurenti, R. (2003). A mensuração da qualidade de vida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(4), 349-66.
- Leal, C.S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade dos Açores, Açores.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-68.

- Liu, R., Page, M., Solheim, K., Fox, S., & Chang, S.M. (2009). Quality of life in adults with brain tumors: Current knowledge and future directions. *Neuro-Oncology*, 11(3), 330-339.
- Machado, S.M., & Sawada, N.O. (2008). Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis*, 17(4), 750-757.
- Makluf, A.S.D., Dias, R.C., & Barra; A.A. (2006). Qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58.
- Massion A.O., Warshaw M.G., & Keller M.B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 600–607.
- Maurício, J. C. (2006). *Diagnóstico por imagem do SNC*. Lisboa: Lidel.
- Mauro, V., Mendlowicz, M.D., Murray, B., & Stein, M.D. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669–682.
- Meyers, C.A., & Hess, K.R. (2003). Multifaceted end points in brain tumor clinical trials: Cognitive deterioration precedes MRI progression. *Neuro-Oncology*, 5(2), 89-95.
- Mitchell, A.J., Kemp, S., Benito-León, J., & Reuber, M. (2010). The influence of cognitive impairment on health-related quality of life in neurological disease. *Acta Neuropsychiatrica*, 22(1), 2-13.
- Monteiro, S.O.M., Tavares, J.P.C., & Pereira, A.M.S. (2008). Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do ensino superior. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 23-29.
- Morrow, G.R. (1984). Clinical characteristics associated with the development of anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 10(2), 1170-1176.
- Nicolussi, A.C. (2008). *Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: Revisão integrativa da literatura*. Tese de Mestrado não publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, São Paulo.

- O'Dell, M.W., Barr, K., Spanier, D., & Warnick, R.E. (1998). Functional outcome of inpatient rehabilitation in persons with brain tumors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 79(12), 1530-1534.
- Oliveira, A. & Pimentel, F.L. (2008). Qualidade de vida dos doentes oncológicos, avaliada pelo próprio e pelo cuidador. *Acta Médica Portuguesa*, 21(2), 125-134.
- Osoba, D., Aaronson, N.K., Muller, M., Sneeuw, K., Hsu, M.-A., Yung, et al. (1997). Effect of neurological dysfunction on health-related quality of life in patients with high-grade glioma. *Journal of Neuro-Oncology*. 34, 263-278.
- Osoba, D., Brada, M., Prados, M.D., & Yung, W.K.A. (2000). Effect of disease burden on health-related quality of life in patients with malignant gliomas. *Neuro-Oncology*, 1, 221-228.
- Pais Ribeiro, J.L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*. 3(XVII), 547-558.
- Pais Ribeiro, J. L. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/13840>.
- Pais Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Em: J.P. Cruz, S.N. de Jesus & C. Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Alcochete: Textiverso.
- Pais Ribeiro, J., Pinto, C. & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLQ-C30-V.3. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 89-102.
- Pelletier, G., Verhoef, M.J., Khatri, N., & Hagen, N. (2002). Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *Journal of Neuro-Oncology*. 57, 41-49.
- Pimentel, F.L. (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Rocha, A.M. (2008a). *Escala de memória de Wechsler – 3ª Edição – Manual Técnico (1ª Ed.)* Lisboa: Cegoc-TEA, Lda.

- Rocha, A.M. (2008b). Escala de inteligência de Wechsler para adultos – 3ª Edição – Manual Técnico (1ª Ed.) Lisboa: Cegoc-TEA, Lda.
- Rodrigues, M.A.L. (2007). *Qualidade de vida e satisfação com os cuidados recebidos das doentes com carcinoma da mama em tratamento com quimioterapia por via endovenosa*. Tese de Mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- Rodriguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Perez-Rodriguez, M.M., et al. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *Bio Med Central Psychiatry*. 6(20).
- Rogers, M.P., Orav, J., & Black, P.M. (2001). The use of a simple likert scale to measure quality of life in brain tumor patients. *Journal of Neuro-Oncology*. 55(2), 121-131.
- Ropper, A. & Brown, R. (2005). *Adam's and Victor's: principles of neurology*, (8ª ed.). New York: McGraw Hill.
- Salo, J., Niemelä, A., Joukamaa, M., & Koivukangas, J. (2002). Effect of brain tumour laterality on patients perceived quality of life. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72, 373-377.
- Sawada, N.O., Nicolussi, A.C., Okino, L., Cardozo, F.M.C., & Zago, M.M.F. (2009). Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 581-587.
- Scott, W.N., Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bottomley, A., Graeff, A., Groenvold, M., et al. (2008). On behalf of the EORTC Quality of Life Group. *EORTC QLQ-C30 Reference Values*. Brussels: EORTC Quality of Life Group Publications.
- Seabra, A.P.P.C. (2008). *Síndrome de burnout e a depressão no contexto de saúde ocupacional*. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- Seidl, E.M.F., & Zannon, C.M.L.C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

- Shulman, K.I., Gold, D.P., Cohen, C.A., & Zuccherro, C.A. (1993). Clock drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(6), 487-496.
- Sieglman, A. W., & Smith, T. W. (1994). *Anger, hostility and the heart*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Silva, C.H.D., & Derchain, S.F.M. (2006). Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 33-47.
- Silva, I., Pais Ribeiro, J., Cardoso, H, Ramos, H., Carvalhosa, S.F., Dias, S., et al. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.
- Skaf, C.R., Yamada, A., Akamine, S., & Filho, G.B. (1999). Meningeoma frontal numa paciente com síndrome depressiva maior crónica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 114-116.
- Smirniotopoulos, J.G. (s.d.). The New WHO 2000 Classification of brain tumors: Imaging correlations. Recuperado em 2010, Agosto 29, de <http://rad.usuhs.mil/rad/who/rsnawho2.html>.
- Soares, M., Moura, M., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de *coping* na doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 19-25.
- Strauss, E. Sherman, E.M.S. & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary*. (3^a ed.), New York: Oxford University Press.
- Stuss, D.T., Bisschop, S.M., Alexander, M.P., Levine, B., Katz, D., & Izukawa, D. (2001). The trail making test: A study in focal lesion patients. *Psychological Assessment*, 13(2), 230-239.
- Taphoorn, M.J.B., & Klein, M. (2004). Cognitive deficits in adult patients with brain tumours. *The Lancet Neurology*, 3(3), 159-168.
- The WHOQOL Group (1993). Measuring quality of life: The development of the world health organization quality of life instrument (WHOQOL), Geneve: WHO.

- Tombaugh, T.N. (2004). Trail making test A and B: Normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(2), 203-214.
- Torresan, R.C, Smaira, S.I., Ramos-Cerqueira, A., & Torres, A. (2008). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Psiquiatria Clínica*, 35(1), 13-19.
- Van Nieuwenhuizen, D., Klein, M., Stalpers, L.J.A., Leenstra, S., Heimans, J.J., & Reijneveld, J.C. (2007). Differential effect of surgery and radiotherapy on neurocognitive functioning and health-related quality of life in WHO grade I meningioma patients. *Journal of Neurooncology*, 84(3), 271-278.
- Weitzner, M. A., Meyers, C. A., & Byrne, K. (1996). Psychosocial functioning and quality of life in patients with primary brain tumors. *Journal Neurosurgery*, 84, 29-34.
- Wellisch, D.K., Kaleita, T.A., Freeman, D., Cloughesy, T., & Goldman, J. (2002). Predicting major depression in brain tumor patients. *Psycho-Oncology*, 11, 230-238.
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., et al. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 42-46.
- Wilson, B., Alderman, N., Burgess, P.W., Emslie, H. & Evans, J.J. (1996). *Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome*. England: Thames Valley Test Company.

5 - ANEXOS

ANEXO I

Investigação sobre a “Qualidade de Vida e Funcionamento Cognitivo em Pacientes com Tumores Cerebrais Primários” – Autor: Elisabete Braga (2010)

Nº Processo Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Data de hoje: ___/___/_____

Este questionário faz parte do estudo “Qualidade de vida e défices cognitivos em pacientes com tumores cerebrais primários” e tem como objectivo fazer o levantamento dos factores sócio-demográficos e clínicos relativos a cada paciente participante no estudo.

FACTORES DEMOGRÁFICOS

1. **Idade:** _____

2. **Sexo:**

M

F

3. **Escolaridade:**

1º Ciclo (1-4º ano)

Licenciatura

2º Ciclo (5-9º ano)

(Qual?) _____

Mestrado

Secundário (10-12º ano)

(Qual?) _____

Doutoramento

Bacharelato

4. **Estado Civil:**

Solteiro

Divorciado

União de Facto

Viúvo

Casado

5. **Profissão:** _____

6. **Situação Laboral:**

Trabalha	<input type="checkbox"/>
Não trabalha devido à doença	<input type="checkbox"/>
Não trabalha, mas não é devido à doença	<input type="checkbox"/>

7. **Histopatologia do tumor:** _____

8. **Data de diagnóstico do tumor:** ___/___/_____

9. **Localização do tumor:**

Frontal	Direito	<input type="checkbox"/>	Temporal	Direito	<input type="checkbox"/>
	Esquerdo	<input type="checkbox"/>		Esquerdo	<input type="checkbox"/>
Parietal	Direito	<input type="checkbox"/>	Occipital	Direito	<input type="checkbox"/>
	Esquerdo	<input type="checkbox"/>		Esquerdo	<input type="checkbox"/>
Outra	(Qual?) _____				

10. **Tratamento:**

Cirúrgico	<input type="checkbox"/>
Quimioterapêutico	<input type="checkbox"/>
Radioterapêutico	<input type="checkbox"/>
Nenhum	<input type="checkbox"/>

11. **Medicação:**

Sim	<input type="checkbox"/>	(Qual?) _____
Não	<input type="checkbox"/>	

FACTORES CLÍNICOS

1. **Cefaleias:**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

2. **Crises:**

Sem crises	<input type="checkbox"/>	Frequência? _____
Generalizadas	<input type="checkbox"/>	
Focais/Parciais	<input type="checkbox"/>	

3. **Náuseas/Vômitos:**

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

4. **Discurso:**

Normal	<input type="checkbox"/>
Comprometido, mas consegue comunicar	<input type="checkbox"/>
Incapaz de Comunicar	<input type="checkbox"/>

5. **Défices Visuais:**

Sim	<input type="checkbox"/>	(Qual?) _____
Não	<input type="checkbox"/>	

6. **Défices Auditivos:**

Sim	<input type="checkbox"/>	(Qual?) _____
Não	<input type="checkbox"/>	

7. **Marcha:**

Normal	<input type="checkbox"/>
Afectada, anda sem suporte	<input type="checkbox"/>
Afectada, anda com suporte	<input type="checkbox"/>

8. **Função vesical:**

Normal	<input type="checkbox"/>
Incontinência	<input type="checkbox"/>

12. **Antecedentes psicopatológicos:**

Sim	<input type="checkbox"/>	(Qual?) _____
Não	<input type="checkbox"/>	

13. **Antecedentes de doença neurológica:**

Sim	<input type="checkbox"/>	(Qual?) _____
Não	<input type="checkbox"/>	

14. **Outras patologias:**

Sim	<input type="checkbox"/>	(Qual(ais)?) _____
Não	<input type="checkbox"/>	

ANEXO II

Cotação do teste do Relógio segundo Shulman et al. (1993)			
Cotação	Erros		Exemplos
1	Perfeito		Sem erros
2	Pequenos erros espaciais	visuo-	a) Espaçamento das horas discretamente afectados; b) Desenho das horas fora do círculo; c) Rotação da folha enquanto escreve e alguns nº aparecem de pernas para o ar; d) Desenhos em linhas (raios) para a orientação espacial;
3	Representação do 10 após o 11 quando a organização visuo-espacial é perfeita ou apresenta apenas discretos desvios	incorrecta	a) O ponteiro dos minutos aponta para o 10; b) Escrever o 10 após o 11; c) Incapaz de fazer qualquer indicação do tempo;
4	Moderada desorganização visuo-espacial das horas tal como a indicação do 10 após o 11 ser impossível.	desorganização	a) Espaçamento moderadamente pobre b) Omissão de números; c) Perseveração: círculos repetidos ou contínuos em que se passa do 12 para o 13, 14, 15, etc.; d) Troca do direito/esquerdo: desenhados no sentido inverso ao ponteiro do relógio; e) Disgrafia: incapacidade para escrever os números com precisão;
5	Grau severo de desorganização tal como a descrita no score 4	severo de	Ver os exemplos do score 4.
6	Não existe uma representação razoável do relógio	uma	a) Não tenta de todo; b) Não parece de todo um relógio; c) Escreve uma palavra ou nome;

ANEXO III

Cotação da subprova “Procura da Chave” da BADS	
Pontuação Bruta	Cotação
14-16	4
11-13	3
8-10	2
5-7	1
≤4	0

Subtrair 1 ponto à cotação final se o sujeito terminar a prova após 95 segundos

6 - ARTIGO

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TUMORES CEREBRAIS PRIMÁRIOS

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TUMORES CEREBRAIS PRIMÁRIOS.
RELAÇÕES COM VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PSICOLÓGICAS
E NEUROCOGNITIVAS.

Elisabete Braga e Bruno Peixoto

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

Rui Ramos

Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano

Resumo

Neste estudo propusemo-nos avaliar a percepção da Qualidade de Vida (QdV) dos pacientes com tumores cerebrais primários (TCP), a influência de factores sócio-demográficos, clínicos, psicopatológicos e do funcionamento cognitivo, e a forma como se correlacionam. Foram avaliados 30 pacientes com TCP. A QdV foi mensurada através do QLQ-C30 da EORTC, a psicopatologia pelo BSI e as funções neurocognitivas através de um conjunto de testes neuropsicológicos. Este grupo apresentou um baixo índice de QdV, com valores para o Estado de Saúde Geral/QdV, Funcionamento Físico, de Papeis, Emocional, Cognitivo e Social de 60.3, 81.8, 79.2, 94.4, 86.7 e 83.3, respectivamente. Observou-se que as mulheres apresentam um melhor índice de Estado de Saúde Geral/QdV e Funcionamento de Papéis do que os homens, e que os pacientes solteiros apresentaram um pior Funcionamento Emocional e maior severidade do sintoma Diarreia. Os indivíduos com tumores neuroepiteliais revelaram uma menor severidade no sintoma Perda de Apetite e os pacientes com tumores de alto grau de malignidade apresentaram um índice de Fadiga mais elevado e maiores Dificuldades Financeiras. Ao nível da psicopatologia verificou-se que todos os itens que compõem o BSI influenciam diversos índices do QLQ-C30, correlacionando-se directamente com as escalas de sintomas e inversamente com as funcionais. Quanto à dimensão neurocognitiva não foram encontradas correlações consistentes. A decorrente mudança na abordagem da avaliação destes pacientes, em que se enfatiza a sua QdV, abordando domínios tais como a saúde física, mental e social, em detrimento da visão mais tradicionalista em que se privilegiam os factores biológicos, é motivo de aumento da pertinência deste tipo de investigações.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, EORTC QLQ-C30, Tumores Cerebrais Primários e Neuro-oncologia.

Abstract

In this study we decided to evaluate the perceived quality of life (QoL) of patients with brain tumors, the influence of socio-demographic, clinical, psychopathological and cognitive functioning, and how they correlate. We evaluated 30 patients with brain tumors. The QoL was measured using the EORTC QLQ-C30, psychopathology by BSI and the neurocognitive functions through a set of neuropsychological tests. This group presented a low level of QoL, with values for the General Health Status/QoL, Physical Functioning, Role Functioning, Emotional, Cognitive and Social 60.3, 81.8, 79.2, 94.4, 86.7 and 83.3, respectively. It was observed that women have a better index of general health status/QoL and Role Functioning than men, and the singles patients had a worse emotional functioning and higher symptom severity of Diarrhea. The subjects with neuroepithelial tumors revealed a lower symptom severity in Appetite loss and patients with tumors of high grade malignancy showed a higher rate of fatigue and greater financial difficulties. At the level of psychopathology was found that all items of the BSI influence several indices of the QLQ-C30, correlating directly with the symptom scores and inversely correlated with functional. In the neurocognitive scale there were no consistent correlations. The change in the approach to assessing these patients, which emphasizes their QoL by addressing areas such as physical health, mental and social, rather than the more traditional view, that preference is given to biological factors, is the reason of increasing relevance of this type of investigation.

Keywords: Quality of life, EORTC QLQ-C30, Primary Brain Tumors and Neuro-oncology.

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM TUMORES CEREBRAIS PRIMÁRIOS. RELAÇÕES COM VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, PSICOLÓGICAS E NEUROCOGNITIVAS.

A qualidade de Vida (QdV) é um conceito relativamente abstracto, subjectivo e de difícil definição, visto ser vivenciada e percebida de uma forma multifactorial de indivíduo para indivíduo. Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu a QdV como “*a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Para um indivíduo se sentir bem é necessário um bem-estar no domínio biopsicossocial e não apenas a ausência de doença, contudo, é facilmente compreensível que a presença desta implique necessariamente uma diminuição na QdV (WHOQOL Group, 1993).

A doença oncológica traz um efeito devastante para os pacientes e suas famílias, afectando-os em todas as suas vertentes humanas, sendo estas física, psicológica, social e económica. Não é apenas um problema pessoal dos pacientes, mas também de saúde pública, acarretando elevadíssimos custos ao nível económico e social, pois com a evolução do conhecimento científico e médico, aliados ao desenvolvimento de novas armas terapêuticas contra o cancro, a esperança de vida destes pacientes passou a ser muito mais prolongada, passando por vezes a ser considerada uma doença crónica e não, como se considerava até então, uma fatalidade. Esta melhoria existente ao nível dos tratamentos acarreta os seus custos, visto que estes por vezes podem ser bastante agressivos, sendo complexos e frequentemente tóxicos (Pimentel, 2003).

O facto de haver um prolongamento significativo da esperança de vida destes sujeitos implica a necessidade de se dar maior ênfase às sequelas a longo prazo inerentes à doença e ao seu tratamento (Charalambides, Dinopoulos & Sgouros, 2009).

Muitas vezes avalia-se o sucesso de uma determinada terapêutica abordando o seu efeito em termos de aumento da esperança de vida, efeitos secundários e taxa de recaída, esquecendo-se por vezes a avaliação da QdV associada (Pimentel, 2003), ou seja, tal como referia Fleck et al (1999), “*...na busca de acrescentar anos à vida, é deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos*”.

O paciente tem uma perspectiva multifactorial sobre a sua patologia, sendo que a doença lhe altera todo o seu funcionamento quotidiano, na perspectiva em que este é confrontado com o diagnóstico, com a diminuição das suas capacidades físicas, cognitivas e emocionais,

tendo de suportar, ainda, as complicações associadas aos tratamentos, o estigma social inerente a esta doença e o facto de ter a noção que se poderá confrontar com a morte ou com a diminuição da esperança de vida. Todos estes factores devem ser tidos em conta na avaliação destes pacientes, levando-nos a concluir que essa avaliação não pode ser feita da forma clássica, mas deve ter em consideração a QdV (Pimentel, 2003).

Os tumores cerebrais têm alguma especificidade dentro das diversas formas de cancro, visto que, estes pacientes para além de terem de lidar com todas as complicações inerentes à neoplasia, são também confrontados com a possibilidade de haver um declínio das suas capacidades cognitivas, que poderão ser mais focais e específicas, dependendo da localização do seu tumor (Klein et al, 2002).

Não existem muitos estudos que correlacionem o impacto dos tumores cerebrais, com o declínio cognitivo e consequente diminuição dos índices de qualidade de vida. Dada a escassez de estudos neste âmbito em Portugal, torna-se pertinente a abordagem deste tema, tentando-se evidenciar o impacto na qualidade de vida de uma forma multidimensional dos pacientes que padecem de tumores cerebrais primários, pretendendo-se ainda tentar fazer ou perspectivar a existência de uma relação entre o funcionamento cognitivo e a diminuição da percepção de QdV por parte dos doentes.

Método

Participantes

A amostra é composta por 30 sujeitos com diagnóstico de TCP, sem antecedentes de patologia neuropsiquiátrica ou de outras patologias associadas que interferissem directamente com a sua QdV, tais como, patologia vascular, pulmonar e cardíaca, Diabetes *Mellitus*, doenças infecto-contagiosas, disfunção hepática e insuficiência renal crónica. Foram também seleccionados aqueles que não apresentavam dificuldades ao nível do discurso e eram literados.

Instrumentos

Os instrumentos administrados aos pacientes incluíram os questionários Quality of Life – C30 (QLQ-C30) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI) e um conjunto de testes neuropsicológicos: Teste do Relógio, *Trail Making Test A e B* (TMT A e B), Teste das Cores e das palavras de Stroop, *Wechsler Memory Scale (WMS)* – Subprova Memória Lógica,

Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS) – Subprova Procura da Chave e *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS) – Subprova Memória de Dígitos e Código.

O QLQ-C30, foi concebido pela *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), em 1987 e destina-se a ser aplicado em populações oncológicas. Este questionário de auto-administração é composto por nove escalas multi-itens, das quais cinco são subescalas de funcionalidade, uma subescala global de QdV e três subescalas de sintomatologia geral, e seis subescalas de itens simples de sintomas específicos, normalmente mencionados pelos pacientes oncológicos. As subescalas de funcionalidade são compostas por cinco itens, que incluem: o funcionamento físico, o desempenho de papéis, o funcionamento emocional, o funcionamento cognitivo e o funcionamento social (valores mais elevados significam melhor desempenho funcional); as subescalas de sintomas físicos englobam: fadiga, dor, náusea e vômito; as subescalas de itens simples de sintomas específicos compreendem: dispneia, falta de apetite, insónia, diarreia, obstipação e o impacto financeiro do cancro na vida do paciente (valores mais elevados significam queixas mais acentuadas); a subescala global de QdV envolve duas questões, que questionam directamente o paciente sobre como escalona a sua percepção sobre o seu estado físico e a sua QdV (Pais Ribeiro, 2001).

O BSI, inventário de auto-administração, é constituído por 53 itens que avaliam nove dimensões de sintomatologia psiquiátrica: Somatização, Obsessão-Compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideacção Paranóide e Psicoticismo. A versão utilizada foi a portuguesa, traduzida e validada por Canavarro, em 1999 (Seabra, 2008).

O teste do relógio tem como função a avaliação das capacidades visuo-espaciais, das funções executivas, da atenção e da concentração na tarefa, da memória semântica e memória episódica e da capacidade de pensamento abstracto (Gold, Cohen & Zuccherro, 1993).

O TMT A e B tem o intuito de avaliar a capacidade visuo-perceptiva, a velocidade de processamento, a flexibilidade mental e as funções executivas (Tombaugh, 2004).

O teste das cores e das palavras de Stroop objectiva a avaliação da atenção selectiva e da flexibilidade mental, visto que na lâmina de interferência (III) as palavras vão ser um estímulo distractor, activando a atenção selectiva para o estímulo e testando a capacidade de inibição de uma resposta condicionada em favor de uma não usual (Duncan, 2006).

A subprova da Memória Lógica I da WMS focaliza a sua avaliação na memória.

A subprova da Procura da Chave da BADS permite a avaliação do plano de acção posto em marcha pelo indivíduo de acordo com a funcionalidade e a probabilidade de sucesso,

exigindo do sujeito a elaboração de estratégias de acção para atingir um determinado objectivo, ou seja, avalia as Funções Executivas (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie & Evans, 1996).

A Subprova Código da WAIS tem como objectivo a avaliação da velocidade de processamento e no caso da subprova de memória de dígitos em ordem directa a atenção focalizada, enquanto que, os dígitos em ordem inversa exigem a intervenção da memória de trabalho (Rocha, 2008a; Rocha, 2008b).

Procedimento

O presente desenho experimental foi aprovado pela comissão de ética da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e, todos os participantes manifestaram o seu consentimento informado.

Para a realização deste estudo, recorreremos aos registos clínicos do internamento e consulta externa do serviço de neurocirurgia desta instituição, de forma a seleccionar os pacientes que preenchiam os critérios para este estudo. Participaram neste estudo 35 indivíduos, no entanto, nesta fase, foram excluídos cinco pacientes por apresentarem pelo menos um critério de exclusão, impedindo a sua participação.

Era explicado aos participantes que iriam responder a dois questionários, sendo que o primeiro avaliava a sua Qualidade de Vida (QLQ-C30) e o segundo avaliava os índices de psicopatologia (BSI), depois iria realizar sete provas simples de lápis e papel com o objectivo de avaliar o seu funcionamento cognitivo.

A recolha da amostra foi levada a cabo entre os meses de Junho a Setembro de 2010.

Procedimentos estatísticos

A análise e tratamento dos dados recolhidos foram efectuados no programa PASW 18.0 para *Windows*.

No sentido de melhor caracterizar os aspectos de QdV da nossa amostra, determinamos por comparação, as escalas de funcionamento que se apresentam mais elevadas, através do teste *Two- Way* de *Friedmann* para análise da variância, enquanto que, a determinação por comparação, dos sintomas mais elevados efectuou-se através do teste *Signed Ranks* de *Wilcoxon* para amostras relacionadas.

Para determinar a relação entre as variáveis independentes e os diferentes aspectos de QdV utilizamos as correlações de *Pearson*, sempre que as variáveis em estudo fossem contínuas. Para a análise da relação entre duas variáveis independentes utilizou-se o teste U de *Mann-Whitney*. Quando as variáveis independentes em estudo eram superiores a duas, utilizou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Consideraram-se valores significativos com $p \leq 0.05$.

Resultados

A descrição do grupo de estudo relativamente às suas características sócio-demográficas e clínicas encontram-se abaixo descritas, nas Tabelas I e II.

Tabela I - Descrição das características sócio-demográficas da amostra (n=30)			
	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Idade			
	(M/ DP)	53/ 10,04	
Género			
	Feminino	17	56,7%
	Masculino	13	43,3%
Escolaridade			
	(M/DP)	8,17/5,47	
Estado Civil			
	Solteiro	2	6,7%
	Casado	23	76,7%
	Divorciado	4	13,3%
	Viúvo	1	3,3%
Profissão			
	<i>Blue Collar</i>	22	73,3%
	<i>White Collar</i>	8	26,7%
Situação Laboral			
	Trabalha	8	26,7%
	Não trabalha devido à doença	16	53,3%
	Não trabalha mas não é devido à doença	6	20,0%

Tabela II - Descrição das características clínicas da amostra (n=30)			
	Variáveis	Frequência	Porcentagem
Histopatologia do tumor		15	50%
	Linhagem neuroepitelial	6	
	Astrocitoma	4	
	Glioblastoma multiforme	2	
	Oligodendroglioma	2	
	Oligoastrocitoma	1	
	DNET	1	
	Meníngeos	11	36,7%
	Outros	4	13,3%
	Angioma Cavernoso	1	
	Linfoma não Hodgking	1	
	Macroadenoma	1	
	Tumor benigno da hipófise	1	

Localização do tumor		
Frontal	13	43,3%
Parietal	4	13,3%
Temporal	4	13,3%
Fronto-Parietal	2	6,7%
Temporo-Parietal	1	3,3%
Fronto-Temporal	3	10,0%
Fronto-Temporo-Parietal	1	3,3%
Cerebelo	1	3,3%
Hipófise	1	3,3%
Lateralidade		
Direito	12	40,0%
Esquerdo	15	50,0%
Bilateral	2	6,7%
Outro	1	3,3%
Grau de Malignidade		
(M/DP)	1,75/1,076	
Tempo decorrido após diagnóstico (meses)		
(M/DP)	27/21,83	
Recidiva		
Não	27	90,0%
Sim	3	10,0%
Tratamento		
Nenhum	4	13,3%
Cirurgia	17	56,7%
Cirurgia associada a outro tratamento	9	30,0%
Cefaleias		
Sim	8	26,7%
Não	22	73,3%
Crises		
Sim	1	3,3%
Não	29	96,7%
Défices Visuais		
Sim	3	10%
Não	27	90%
Défices Auditivos		
Sim	3	10%
Não	27	90%
Marcha		
Normal	28	93,3%
Afectada – anda sem suporte	1	3,3%
Afectada – anda com suporte	1	3,3%
Função Vesical		
Normal	27	90%
Incontinência	3	10%

Os resultados obtidos pela nossa amostra nos diferentes domínios do QLQ-C30 encontram-se representados na Tabela III. Nas escalas funcionais, o *score* mais elevado obtido foi no funcionamento emocional, sendo este significativamente superior em relação ao funcionamento físico e de papéis ($p=.001$), ao funcionamento social ($p=.005$) e cognitivo ($p=.039$). Foi obtido também um valor baixo para o estado de saúde geral/QdV ($M=60,3$). Quanto às escalas de sintomas, a queixa mais frequente terá sido a insónia ($M=25,6$), sendo

significativamente superior às náuseas e vômitos ($p=.002$), perda de apetite ($p=.011$) e dor ($p=.037$). A fadiga ($M=20,7$) é o segundo sintoma mais relevante, sendo significativamente superior às náuseas e vômitos ($p=.002$) e perda de apetite ($p=.021$). A obstipação ($M=20,0$) e as dificuldades financeiras ($M=18,9$) são sintomas igualmente importantes. Os sintomas menos sentidos terão sido as náuseas/vômitos ($M=5,6$) e a perda de apetite ($M=8,9$). A dispneia é um sintoma que está ausente na totalidade da nossa amostra.

Tabela III - Resultados obtidos pela amostra no QLQ-C30

	n	M	DP	Mínimo	Máximo
Estado de Saúde Geral / QdV					
Estado de Saúde Geral / QdV	30	60,3	23,7	16,7	100
Escalas Funcionais					
Funcionamento Físico	30	81,8	17,3	33,3	100
Funcionamento Papeis	30	79,2	18,7	33,3	100
Funcionamento Emocional	30	94,4	11,9	50,0	100
Funcionamento Cognitivo	30	86,7	21,6	33,3	100
Funcionamento Social	30	83,3	16,9	50,0	100
Escala Sintomas					
Fadiga	30	20,7	22,4	0	77,8
Náuseas e Vômitos	30	5,6	11,9	0	50,0
Dor	30	12,2	18,5	0	66,7
Dispneia	30	0,0	0,0	0	0
Insónia	30	25,6	31,2	0	100
Perda de Apetite	30	8,9	21,3	0	100
Obstipação	30	20,0	31,1	0	100
Diarreia	30	11,1	22,0	0	66,7
Dificuldades Financeiras	30	18,9	32,4	0	100

Os resultados do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), encontram-se descritos na tabela IV. Destacam-se os domínios psicopatológicos com maior índice registado a obsessão-compulsão (0,91), seguindo-se a ansiedade (0,74) e a Ideação Paranóide (0,66). A ansiedade fóbica (0,40), a hostilidade (0,55) e o psicoticismo (0,57) foram os índices com menor cotação.

Tabela IV - Estatística descritiva dos resultados obtidos no BSI

BSI	M	DP	Mínimo	Máximo	Média população geral (*)
Somatização	0,58	0,45	0,0	1,57	0,57
Obsessão-Compulsão	0,91	0,62	0,0	2,67	1,29
Sensibilidade Interpessoal	0,62	0,60	0,0	2,00	0,96
Depressão	0,59	0,48	0,0	1,83	0,89
Ansiedade	0,74	0,51	0,0	1,83	0,94
Hostilidade	0,55	0,48	0,0	1,80	0,89
Ansiedade Fóbica	0,40	0,47	0,0	1,80	0,42
Ideação Paranóide	0,66	0,52	0,0	2,20	1,06
Psicoticismo	0,57	0,53	0,0	1,80	0,67
Índice Geral Sintomas	0,64	0,35	0,15	1,47	0,84
Índice Sintomas Positivos	1,57	0,33	1,0	2,23	1,56
Total Sintomas Positivos	20,87	10,07	1,0	38,0	26,99

Na Tabela V apresentamos a descrição dos resultados obtidos pela nossa amostra nos diferentes testes de avaliação neurocognitiva.

Teste	n	M	DP	Mínimo	Máximo
Teste do Relógio	30	2,9	1,807	1	6
Trail Making Test A	30	72,8	34,85	33	180
Trail Making Test B	30	229,9	155,2	58	646
Stroop – Interferência	30	-1,45	8,39	-22,0	15,7
WMS – Memória Lógica					
Pontuação Total (Unidades Temáticas)	30	11,07	2,97	4	18
WMS – Memória Lógica					
Evolução da Aprendizagem	30	2,63	2,51	-3	9
BADS – Procura da Chave	30	7,63	3,0	0	3
WAIS – Código	30	43,97	18,98	20	86
WAIS – Memória Dígitos Directo	30	7,97	1,97	4	14
WAIS – Memória Dígitos Inverso	30	4,63	2,13	2	9

Ao nível das variáveis sócio-demográficas não verificamos a existência de correlações estatisticamente significativas dos domínios do QLQ-C30 com as variáveis idade, anos de escolaridade, profissão e situação laboral. No entanto, encontramos correlações das variáveis sexo e estado civil com o QLQ-C30. Quanto à variável sexo, constatamos uma diferença significativa entre os géneros no item Estado de Saúde Geral/QdV ($U=33,5$; $p=0,001$), com os homens a apresentar um *Mean Rank* =9,58 e as mulheres *Mean Rank* =20,03 e no Funcionamento de Papéis ($U=62,0$; $p=0,04$), com os homens a apresentar um *Mean Rank* =11,77 e as mulheres *Mean Rank* =18,35. Estes valores evidenciam que as mulheres com tumores cerebrais primários apresentam um melhor índice de Estado de Saúde Geral/QdV e Funcionamento de Papéis do que os homens. Relativamente ao estado civil verificamos um *Kruskal-Wallis* significativo para o Funcionamento Emocional ($p=0,04$) com os indivíduos casados a apresentarem um melhor índice funcional (*Mean Rank* =13,83) que os solteiros (*Mean Rank* =3,5) ($U=4$; $p=0,016$), assim como para o sintoma Diarreia ($p=0,017$), com os solteiros a apresentarem maior severidade do sintoma (*Mean Rank* =22) do que os casados (*Mean Rank* =12,22) ($U=5$; $p=0,01$).

Verificando a existência de possíveis correlações entre o QLQ-C30 e as variáveis clínicas, podemos inferir que o tratamento, a localização do tumor, o tempo após diagnóstico, o facto de ser recidiva tumoral ou não, bem como a presença de crises, não apresentaram diferenças significativas com as dimensões do QLQ-C30. Relativamente à histopatologia do tumor, detectamos um *Kruskal-Wallis* com diferenças significativas para o sintoma Perda de

Apetite ($p=0,022$) com os indivíduos com tumores neuroepiteliais a apresentarem uma menor severidade do sintoma ($Mean Rank = 8,77$) comparativamente com os sujeitos enquadrados em outros tipos de tumor ($Mean Rank = 14,63$) ($U=11,5$; $p=0,015$). A variável grau de malignidade apresentou uma correlação significativa positiva com os sintomas Fadiga ($r=0,512$; $p=0,005$) e Dificuldades Financeiras ($r=0,518$; $p=0,005$), em que os pacientes com tumores de alto grau evidenciam mais fadiga e maiores dificuldades financeiras, comparativamente com os sujeitos com tumores de baixo grau. Quanto à lateralidade do tumor, o teste estatístico *Kruskal-Wallis* demonstrou existir diferenças significativas ($p=0,035$) para o sintoma Diarreia, com os indivíduos com tumor à direita a apresentarem menor severidade do sintoma ($Mean Rank = 9,12$) comparativamente com os de localização à esquerda ($Mean Rank = 12,27$) ($U=41$; $p=0,006$).

Analisando as diferentes dimensões psicopatológicas com os vários factores inerentes à qualidade de vida verificamos a existência de correlações significativas em todas as variáveis psicopatológicas e que passaremos a descrever. No índice de Somatização evidenciamos uma relação negativa com o Funcionamento Físico ($r=0,501$; $p=0,005$) e com o Funcionamento Social ($r=0,405$; $p=0,027$). Pelo contrário existe uma correlação positiva com o sintoma Fadiga ($r=0,433$; $p=0,017$) e Diarreia ($r=0,389$; $p=0,304$). Isto significa que quanto maior o índice de Somatização do indivíduo com um tumor cerebral primário, maior será a sua sintomatologia de Fadiga e Diarreia e menor o seu Funcionamento Físico e Social.

Relativamente à dimensão Obsessão-Compulsão verificou-se uma correlação negativa com o Funcionamento Físico ($r=-0,537$; $p=0,002$) e uma correlação positiva com o sintoma Fadiga ($r=0,521$; $p=0,003$), Obstipação ($r=0,405$; $p=0,027$), Diarreia ($r=0,398$; $p=0,029$) e Dificuldades Financeiras ($r=0,433$; $p=0,017$). Ou seja, quanto maior o índice de Obsessão-Compulsão menor será o Funcionamento Físico do indivíduo, enquanto que, quanto maior a Obsessão-Compulsão maior será a sintomatologia de Fadiga, Obstipação, Diarreia e maiores as Dificuldades Financeiras apresentadas. Quanto à Sensibilidade Interpessoal verificamos uma correlação negativa com Funcionamento Emocional ($r=-0,372$; $p=0,043$), demonstrando que quanto maior este índice for menor será o Funcionamento Emocional. O índice Depressão apresentou uma correlação negativa com Funcionamento de Papéis ($r=-0,427$; $p=0,019$), evidenciando que quanto maior o índice de Depressão menor o Funcionamento de Papéis. Relativamente à dimensão Ansiedade verificamos a existência de uma correlação negativa ($r= -0,415$; $p= 0,022$) com o Funcionamento Físico, demonstrando mais uma vez, que o aumento desta variável consequentemente diminui o Funcionamento Físico.

Analisando o índice de Hostilidade verificamos a existência de uma correlação negativa com o Funcionamento de Papéis ($r=-0,475$; $p=0,008$) e com o Funcionamento Emocional ($r=-0,471$; $p=0,009$) e, uma correlação positiva com o sintoma de Náuseas/Vômitos ($r=0,370$; $p=0,044$), significando mais uma vez que um aumento da Hostilidade no indivíduo provoca uma diminuição do Funcionamento de Papéis e um Funcionamento Emocional e o seu aumento provoca um agravamento do sintoma Náuseas/Vômitos. Na dimensão Ansiedade Fóbica encontramos uma correlação negativa com o Funcionamento Físico ($r=-0,410$; $p=0,024$), Funcionamento Emocional ($r=-0,369$; $p=0,045$), Funcionamento Cognitivo ($r=-0,675$; $p=0,000$) e Funcionamento Social ($r=-0,488$; $p=0,006$), significando que quanto maior esta for, pior será o funcionamento dos níveis supramencionados. Ao nível da Ideação Paranóide constatamos uma correlação negativa com o Funcionamento de Papéis ($r=-0,364$; $p=0,048$), isto indica-nos que quanto maior for o primeiro, pior será o segundo.

Relativamente ao índice de Psicoticismo denotamos uma correlação negativa com o Estado de Saúde Geral/QdV ($r=-0,407$; $p=0,026$), Funcionamento Físico ($r=-0,506$; $p=0,004$), Funcionamento Emocional ($r=-0,378$; $p=0,039$) e uma correlação positiva com o sintoma Náuseas/Vômitos ($r=0,380$; $p=0,038$), significando que um índice de Psicoticismo mais elevado diminuirá o Estado de Saúde Geral/QdV, o Funcionamento Físico e o Emocional e elevará a sintomatologia apresentada pelo indivíduo ao nível das Náuseas/Vômitos. No que concerne ao Índice Geral de Sintomas averiguamos uma correlação negativa com o Funcionamento Físico ($r=-0,506$; $p=0,004$) e Funcionamento Social ($r=-0,364$; $p=0,048$) e uma correlação positiva com as Dificuldades Financeiras ($r=0,399$; $p=0,029$), significando que quanto mais elevado for o Índice Geral de Sintomas menor será o Funcionamento Físico e Emocional do sujeito e maior as Dificuldades Financeiras apresentadas pelo sujeito.

No que respeita às variáveis neurocognitivas, também, foram determinadas as correlações existentes entre estas e as dimensões do QLQ-C30. Não foram evidenciadas quaisquer tipos de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis do QLQ-C30 e os testes neuropsicológicos: Teste do Relógio, TMT A e B, Dígitos em Ordem Inversa e o Teste do Stroop. No entanto, foram detectadas correlações, nomeadamente, na prova WMS Total Unidades de História, verificando-se uma correlação negativa com o Funcionamento Social ($r=-0,374$; $p=0,042$) e, significando que quanto melhor for o desempenho do indivíduo nesta prova pior será o seu Funcionamento Social; na subprova dos Dígitos em Ordem Directa, da WAIS, verificando-se, também, a existência de uma correlação negativa com o Funcionamento de Papéis ($r=-0,424$; $p=0,020$) e sendo indicativo de que quanto melhor for o desempenho do indivíduo nesta prova pior será o seu Funcionamento de Papéis; e, a última

correlação verificada, entre a subprova da Procura da Chave, da BADS, com uma correlação, também ela, negativa com o Funcionamento de Papéis ($r=-0,519$; $p=0,003$), significando, tal como as anteriores que, quanto melhor for o desempenho do indivíduo nesta prova pior será o seu Funcionamento de Papéis. Analisando estes dados, podemos inferir que as correlações estabelecidas entre o plano neuropsicológico e as dimensões do QLQ-C30, nomeadamente, o Funcionamento de Papéis e o Funcionamento Social, não são sustentáveis.

Discussão

A nossa investigação é especialmente pertinente dado existir poucos estudos que avaliem a existência de correlações abrangendo tantos domínios, para além de que estudos desta índole são particularmente escassos, principalmente na população portuguesa. Neste estudo propusemo-nos avaliar a influência de factores sócio-demográficos, clínicos, psicopatológicos e neurocognitivos, na percepção da QdV em pacientes com TCP, explicando de que forma se correlacionam. Pudemos constatar que, efectivamente, tantos os factores sócio-demográficos, clínicos, psicopatológicos e cognitivos, de alguma maneira, têm um impacto ao nível das diferentes dimensões da QdV estudadas.

Avaliando os resultados obtidos ao nível do QLQ-C30, pode-se comprovar que o grupo estudado apresenta um baixo índice de QdV e do estado de saúde geral, confirmando que os TCP têm um grande impacto nestes factores.

O impacto negativo desta doença na QdV é mais evidente nos domínios do funcionamento de papéis, físico e social, sendo estes achados corroborados por outros autores (Osoba et al., 1997; Scott et al., 2008).

Um défice ao nível do funcionamento de papéis destes doentes, parece ser lógico, visto a incapacidade progressiva advinda desta patologia, associada aos défices cognitivos desenvolvidos nestes doentes, levar a uma maior inaptidão para as suas actividades profissionais e no desempenho das suas acções diárias. O estudo realizado por Weitzner, Meyers & Byrne (1996) em pacientes com TCP mostrou que, principalmente naqueles doentes que não trabalham devido à sua doença, existe uma pior qualidade do seu relacionamento em casa, uma menor capacidade na realização das suas tarefas domésticas, há uma deterioração na sua comunicação com a família e um aumento na dependência de terceiros, levando a uma diminuição da sua percepção global de QdV.

Pacientes com cancro, tais como outros que possuem doenças crónicas, têm de lidar com alterações importantes ao nível da sua forma de viver e no seu funcionamento social, que

poderão originar alterações ao nível do relacionamento com o cônjuge, familiares e amigos (Weitzner et al., 1996). Evidenciamos com o nosso estudo ser este o domínio mais afectado nestes doentes.

Os TCP, bem como o seu tratamento, associam-se a um conjunto de sintomas que poderão ser bastante incapacitantes para o paciente, levando a um défice ao nível do seu desempenho físico (Osoba, Brada, Prados & Yung, 2000). Por conseguinte, tal como seria de esperar, o funcionamento físico é um dos factores da QdV assinalado como estando mais afectado pelos nossos doentes.

Enquadrando os resultados por nós obtidos no QLQ-C30, com a literatura existente é-nos possível observar a concordância entre os nossos valores e publicações prévias efectuadas, nomeadamente, quando comparamos com os resultados obtidos pelo grupo de estudo do *EORTC QLQ-C30* (Scott et al., 2008), apresentadas na Tabela VI.

Tabela VI - Comparação dos resultados obtidos no QLQ-C30 com EORTC QLQ-C30 (2008)	Nosso estudo (n=30)		EORTC QLQ-C30 (n=280)	
	M	DP	M	DP
Estado de Saúde Geral / QdV				
Estado de Saúde Geral / QdV	60,3	23,7	61,6	22,2
Escalas Funcionais				
Funcionamento Físico	81,8	17,3	---	---
Funcionamento Papeis	79,2	18,7	58,1	32,9
Funcionamento Emocional	94,4	11,9	70,9	23,4
Funcionamento Cognitivo	86,7	21,6	72,8	26,1
Funcionamento Social	83,3	16,9	66,8	31,0
Escala Sintomas				
Fadiga	20,7	22,4	37,5	26,2
Náuseas e Vômitos	5,6	11,9	3,9	12,9
Dor	12,2	18,5	16,5	23,9
Dispneia	0,0	0,0	12,1	21,3
Insónia	25,6	31,2	21,7	29,2
Perda de Apetite	8,9	21,3	7,0	17,3
Obstipação	20,0	31,1	17,8	29,6
Diarreia	11,1	22,0	3,8	14,2
Dificuldades Financeiras	18,9	32,4	20,3	28,9

A avaliação do estado de saúde geral/QdV é semelhante nos dois estudos. Relativamente às escalas funcionais, obtivemos resultados relativamente mais optimistas, contudo, os domínios que se apresentam como mais afectados são similares, ou seja, ao nível do funcionamento papeis, físico e social. Os menos comprometidos terão sido o funcionamento emocional e cognitivo. Também os sintomas mais referidos em ambos estudos são concordantes, sendo a insónia e a fadiga os preponderantes e a dispneia, náuseas e vômitos, perda de apetite e a diarreia os menos sentidos.

Relativamente a alguns dos aspectos sócio-demográficos pudemos evidenciar que existem associações significativas, nomeadamente ao nível do género e do estado civil, em que os homens evidenciam uma pior reacção aos tumores cerebrais, sendo que têm um menor desempenho ao nível do funcionamento de papéis e têm uma pior perspectiva relativamente ao seu estado de saúde geral/QdV do que as mulheres. Na literatura os estudos existentes não são concordantes, sendo que em alguns se referencia que as mulheres com tumores cerebrais apresentam índices de QdV mais baixos (Rogers, Orav & Black, 2001), ao passo que outros não o demonstram (Brown et al., 2006). Foram realizados estudos em pacientes com doença do foro oncológico, avaliando o ajustamento emocional, afectividade e estratégias de *coping* nestes pacientes, tendo-se evidenciando menores índices de desajustamento nos homens, e um maior mal-estar, maior número de pensamentos intrusivos e difíceis de controlar, maior isolamento, desmoralização, desmotivação, bem como uma maior tensão e preocupação face à doença, nas mulheres (Soares, Moura, Carvalho & Baptista, 2000).

Apesar de não ser uma justificação efectivamente comprovada, é possível constatar que na nossa amostra as mulheres apresentam tumores com menor média em termos de grau de malignidade ($M=1,5$) do que os homens ($M=2,08$). Demonstramos que existe uma correlação positiva entre o grau de malignidade e o sintoma fadiga e dificuldades financeiras, inferindo-se que, conseqüentemente os homens poderão evidenciar mais estes sintomas, condicionando um pior desempenho ao nível do funcionamento de papéis.

O mesmo acontece em relação aos indivíduos casados, que apresentam um melhor funcionamento emocional do que os solteiros, podendo eventualmente inferir-se que tal possa advir de um melhor suporte familiar. O apoio social e familiar tem sido identificado como um importante factor de adaptação emocional à doença e bem-estar, contribuindo, conseqüentemente, para uma melhor QdV (Silva et al., 2003).

Não nos foi possível constatar a existência de correlação significativa entre a idade e nível de escolaridade dos pacientes com a QdV, contudo, alguns estudos demonstram existir algum grau de interdependência entre estes factores, demonstrando que os pacientes com TCP mais novos têm melhores classificações ao nível da QdV do que os pacientes mais velhos e que a literacia também parece ter um impacto ao nível da QdV, em que os pacientes iliterados apresentam *scores* significativamente mais baixos do que os pacientes com formação secundária (Budrukkar et al., 2009). Weitzner e os seus colaboradores, em 1996, corroboram o nosso estudo, tendo evidenciado que a idade não é um factor relevante em termos da percepção da QdV em pacientes com TCP.

Comprovou-se, também, que, do ponto de vista clínico, a histopatologia, o grau de malignidade e a lateralidade do tumor influenciam significativamente alguns aspectos das escalas de sintomas do QLQ-C30. Os pacientes com tumores da linhagem neuroepitelial apresentam menor severidade ao nível da perda de apetite, comparativamente com os outros tipos de tumores. Os tumores com um maior grau de malignidade implicam uma maior severidade do sintoma fadiga do que os de baixo grau. Este aspecto parece facilmente explicável, tendo em consideração que os tumores de alto grau implicam uma maior debilidade física dos pacientes, acarretando, conseqüentemente, uma maior fatigabilidade. Aliás, como é possível constatar, o sintoma fadiga foi uma das principais queixas do nosso grupo de pacientes, sendo apenas suplantado pela insónia. Este facto já foi previamente comprovado em estudos anteriores. A corroborar esta constatação, Pelletier, Verhoef, Khatri & Hagen (2002) em investigações realizadas, evidenciaram que as dificuldades nos níveis de “energia” em pacientes com tumores de alto grau eram maiores do que aqueles com tumores benignos ou de baixo grau, demonstrando ainda, que o aumento dos níveis de fatigabilidade destes doentes se correlacionava fortemente com o decréscimo da QdV.

No nosso estudo, o sintoma que foi referido com maior severidade foi a insónia. A elevada taxa de incidência de perturbações do sono em pacientes com neoplasias cerebrais já foi previamente descrita. Exemplo disto, está demonstrado num estudo realizado por Wellisch, Kaleita, Freeman, Cloughesy e Goldman, em 2002, onde foi avaliada a incidência de depressão major numa clínica de neuro-oncologia, e foi evidenciado que entre 31,6%-52,0% dos pacientes padeciam de algum tipo de perturbação do sono.

Relativamente à lateralidade, a nossa investigação apenas evidenciou uma associação desta variável com o sintoma diarreia, sendo este mais severo nos pacientes com tumores à esquerda, embora para este facto não exista uma explicação viável. É ainda de referir que não detectamos influências significativas da localização do tumor e as diferentes dimensões da QdV, esta observação poderá estar ligada ao baixo número de indivíduos dentro de cada uma das categorias de localização. Apesar de não existir uma clara relação entre a lateralidade do tumor e o modo de afecção dos pacientes, de uma maneira geral, os tumores ao nível do hemisfério não dominante estão geralmente associados a um menor défice cognitivo, o que poderá levar a um maior índice de QdV, do que os tumores localizados no hemisfério dominante (Giovagnoli, Tamburini & Boiardi, 1996). Contraditoriamente, Rogers e seus colaboradores (2001) não comprovaram a existência de relação entre a localização dos tumores e a QdV.

As pesquisas efectuadas até agora têm demonstrado que as variáveis psicológicas têm impacto na vivência da doença e na sobrevivência. Em combinação com os sintomas da patologia e com os tratamentos, as características psicológicas das pessoas influenciam a forma como elas vivenciam a sua condição, percebendo assim a sua QdV como melhor ou pior (Pais Ribeiro, 2001).

Pela nossa avaliação psicopatológica é-nos possível observar que apesar dos resultados obtidos pelo nosso grupo de estudo se encontrarem dentro dos limites da normalidade, foram encontradas correlações significativas entre estes e as diferentes dimensões do QLQ-C30, sendo estas inversas para as escalas funcionais e directas para as escalas de sintomas. Estes achados evidenciam uma correlação lógica, comprovando-se que os factores psicopatológicos têm um impacto na percepção da QdV dos pacientes, em que uma elevação nos índices do funcionamento psíquico reflecte um pior funcionamento ao nível físico, de papéis, emocional, cognitivo e social, e um aumento na severidade dos sintomas, nomeadamente ao nível da obstipação, diarreia e dificuldades financeiras.

Os distúrbios de ansiedade têm vindo a ser estudados no âmbito do seu impacto na QdV dos pacientes que dela padecem. Constatamos que pacientes com um maior índice de ansiedade apresentam um pior desempenho ao nível do funcionamento físico e com um *score* mais elevado na ansiedade fóbica, têm inferior funcionamento físico, emocional, social e cognitivo. Massion, Warshaw e Keller (1993) examinaram o efeito do distúrbio de ansiedade generalizada e perturbação de pânico na QdV de um grupo de doentes, comprovando que ambos os grupos apresentavam défices ao nível do funcionamento de papéis e social, bem como uma baixa satisfação global com a vida. Pessoas com ataques de pânico, um dos distúrbios de ansiedade, apresentam um acometimento substancial na sua percepção ao nível do seu funcionamento físico, emocional, ocupacional e na sua independência financeira (Mauro, Mendlowicz, Murray & Stein, 2000). Um dos distúrbios de ansiedade é a ansiedade social, pelo que parece evidente que esta condicionará um pior funcionamento social dos pacientes com elevados níveis desta sintomatologia.

Na nossa avaliação psicopatológica, registamos o facto de que os pacientes com um índice de sintomatologia obsessivo-compulsiva mais elevado, demonstravam um pior funcionamento físico e um aumento dos sintomas fadiga, obstipação, diarreia e dificuldades financeiras. Está comprovado que o transtorno obsessivo-compulsivo tem implicações negativas evidentes ao nível dos vários domínios da QdV, principalmente no funcionamento social e de papéis (Bobes, González, Bascarán, Arango, Sáiz & Bousoño, 2001). Contudo, alguns estudos contrariam os nossos achados, referindo que o transtorno obsessivo-

compulsivo tem uma interferência negativa em quase todos os domínios da QdV, excepto na dor e na saúde física dos pacientes, embora se tenha evidenciado uma correlação com a vitalidade na sub-escala de compulsões (Rodríguez-Salgado et al., 2006). São consequências comuns do transtorno obsessivo-compulsivo a diminuição da auto-estima e do bem estar subjectivo, interferência negativa na vida estudantil, profissional, familiar, afectiva e social, com menos conquistas académicas, menores aspirações de carreira, dificuldades de relacionamento, menos amigos e menor capacidade para apreciar actividades de lazer (Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira & Torres, 2008). O impacto desta sintomatologia ao nível profissional e das aspirações da carreira, podem justificar a correlação por nós obtida com as dificuldades financeiras. No entanto, não foi encontrada na literatura suporte para a relação entre este factor e os restantes sintomas.

Evidenciamos que, dos nossos pacientes, aqueles que patentearam um maior índice de sintomatologia depressiva, apresentavam um pior funcionamento ao nível dos papéis. A correlação negativa existente entre a depressão e os índices de QdV é algo que tem vindo a ser extensivamente demonstrado (Fleck et al., 2002). Na observação de pacientes com semiologia depressiva, Kuehner em 2002, verificou que os doentes com menor gravidade de sintomatologia depressiva, constatavam níveis superiores de funcionamento e de satisfação nas actividades da vida diária, e um melhor funcionamento no desempenho dos seus papéis e ao nível das relações sociais. Segundo o DSM-IV, dentro dos critérios para o diagnóstico de depressão, incluem-se o humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, e uma marcada diminuição no interesse ou prazer em todas, ou quase todas as actividades, factores estes, que facilmente poderão levar a conjecturar-se que conduzem a uma diminuição do funcionamento de papéis destes indivíduos.

A somatização é definida como a propensão para um indivíduo sentir e referenciar sintomas físicos/somáticos, os quais não apresentam uma correspondência patofisiológica com qualquer doença, requerendo ajuda médica para isso (Lipowski, 1988). Segundo o DSM-IV alguns dos sintomas que se incluem nesta perturbação são de carácter doloroso, gastrointestinal, pseudoneurológico e sexual. Pelo anteriormente explanado, é expectável que sujeitos com maiores índices de sintomas somáticos, apresentem um pior funcionamento físico, um aumento de fadiga e sintomas tais como a diarreia, conduzindo a um pior desempenho ao nível do funcionamento social. Sendo desta forma justificadas as correlações encontradas no nosso estudo neste âmbito.

A esquizofrenia pode devastar as vidas das pessoas que com ela vivem e das suas famílias. As pessoas com esquizofrenia sofrem de stress, incapacidade, produtividade

reduzida e baixa QdV (Wilkinson et al., 2000). O psicoticismo e a ideação paranóide são características que estão presentes nestes pacientes. Os sintomas psicóticos, tais como o pensamento dissociativo, alucinações e delírios são manifestações dramáticas da esquizofrenia, que são socialmente fracturantes (Heinrichs, Hanlon & Carpenter, 1984), pelo que é plausível considerar que estes sintomas evidenciam um impacto na QdV destes doentes, ao nível do funcionamento de papéis, emocional, físico e no estado de saúde geral/QdV.

A sensibilidade interpessoal refere-se à nossa capacidade de perceber e responder com cuidado aos estados internos das outras pessoas, compreender os antecedentes desses estados e predizer os subsequentes acontecimentos daí advindos. Caracteriza-se pela sensação de inadequação pessoal e frequente interpretação errada dos comportamentos interpessoais dos outros, resultando em desconforto na presença de terceiros e no evitamento interpessoal, bem como comportamentos não assertivos. A sensibilidade à rejeição interpessoal correlaciona-se fortemente com elevados índices de ansiedade sobre interacções sociais, sintomatologia depressiva, inibição da expressão de raiva e baixa percepção de QdV (Harb, Heinberg, Fresco, Schneier & Liebowits, 2002), corroborando assim os nossos achados, em que um índice mais elevado de sensibilidade interpessoal acarreta um pior funcionamento emocional.

A hostilidade é uma variável cognitiva multifacetada e difícil de definir, em que se conota com a desvalorização da palavra e das motivações dos outros, a expectativa de que terceiros são fonte de maldade, a tendência à oposição aos outros e o desejo de se infligir dano ou de ver os outros mal. Um modelo de vulnerabilidade psicossocial sugere que a hostilidade se associa a uma variedade de características prejudiciais, tais com um baixo suporte social e elevados níveis de conflito interpessoal em casa e no trabalho. As pessoas hostis muitas vezes adquirem estas características do meio social em que estão inseridas, transportando estes sentimentos para as suas acções e pensamentos. Pelo facto de tendencialmente estes sujeitos desconfiarem dos outros, esperarem ser mal tratados por terceiros e por atribuírem intenções hostis aos outros, têm tendência a serem opositores e apresentarem comportamentos agressivos. Estas atitudes levarão a um aumento do conflito interpessoal e ao enfraquecimento do suporte social (Siegman & Smith, 1994). A anterior explanação legitima os resultados por nós registados, em que se constatou que o aumento da hostilidade apresentava uma correlação negativa com o funcionamento emocional e de papéis.

Constatamos que existe uma correlação positiva entre o índice de hostilidade e a prevalência de náuseas e vómitos. Estes são sintomas que se encontram frequentemente presentes em pacientes com tumores, principalmente associados aos seus tratamentos,

nomeadamente à quimioterapia (Morrow, 1984). Estudos prévios, em que se tentaram estudar os factores desencadeantes de náuseas e vômitos antecipatórios em pacientes com cancro também evidenciaram que elevados índices de ansiedade e hostilidade podem funcionar como factores despoletantes destes sintomas, embora a sua justificação ainda não esteja claramente estabelecida (Ingle, Burish & Wallston, 1984)

Comprovamos que os sintomas psicopatológicos influenciam a percepção da QdV, da nossa população em estudo, de diversas formas, correlacionando-se inversamente com as escalas funcionais e directamente com as escalas de sintomas. Pelo que, de um modo geral, o aumento de sintomas psicopatológicos levam a uma maior intensidade de sintomas e um pior desempenho ao nível funcional. Fazendo, por conseguinte sentido que um aumento no índice geral de sintomas induza uma diminuição do funcionamento físico e social que consequentemente, poderão levar a um aumento ao nível das dificuldades financeiras.

Já foi claramente explanada a correlação existentes entre os TCP e os défices cognitivos, Evidenciou-se uma correlação negativa entre a WMS – total unidades de história e o funcionamento social, e entre a subprova da memória de dígitos e a procura da chave com o funcionamento de papéis do QLQ-C30. Estas correlações significativas entre alguns dos testes neuropsicológicos e o funcionamento social e de papéis, levantam algumas dúvidas, uma vez que sugerem que a elevação de algumas funções neurocognitivas se associa a um pior índice de funcionamento nestes indivíduos. Esta sugestão não nos parece que possa ser coadunada em nenhum quadro teórico, pelo que nos leva a deduzir que estamos perante uma associação fortuita de variáveis. Contraditoriamente aos nossos resultados, na literatura é-nos possível encontrar diversas investigações que correlacionam directamente o funcionamento cognitivo e os índices de QdV. Estes achados foram demonstrados em pacientes sobreviventes de longa data com tumores cerebrais malignos (Giovagnoli & Boiardi, 1994; Giovagnoli et al., 1996; Osoba et al., 1997) e em pacientes com gliomas recentemente diagnosticados (Klein et al., 2002).

Curiosamente, na nossa investigação, não inferimos a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre a percepção que os pacientes tinham sobre o seu funcionamento cognitivo e os resultados obtidos na avaliação neurocognitiva, que eram francamente baixos. O que nos pode levar a inferir que a percepção que os pacientes têm do seu funcionamento cognitivo e, consequentemente, da sua QdV poderão não se coadunar com o seu estado real. Estes achados vão de encontro ao conceito existente sobre QdV, sendo este relativamente abstracto, subjectivo e de difícil definição, por ser vivenciado e percebido de uma forma multifactorial e individual, reflectindo a satisfação geral que cada sujeito tem

com a sua vida. A nosso ver, poderá estar aqui demonstrada a dificuldade existente na tentativa de quantificar a QdV dos pacientes e a fragilidade que as escalas existentes para a sua avaliação possuem.

Todas as conjecturas que nos propusemos avaliar com esta investigação confirmaram-se, embora umas de forma mais consistente do que outras. Relativamente, à suposição de que os factores sócio-demográficos apresentam correlações com os diferentes domínios da QdV, constatou-se que tal acontece e que os factores que a poderão influenciar são o género dos indivíduos e o seu estado civil. Na presunção da existência de uma interligação entre os factores clínicos dos nossos sujeitos e a sua percepção de QdV, comprovou-se que a histopatologia do tumor, o seu grau de malignidade e a lateralidade tinham um impacto significativo em diferentes domínios da QdV. A existência de influência de factores psicopatológicos na QdV foi comprovada, verificando-se que estes, de uma forma heterogénea, implicavam um aumento dos índices de sintomas e uma diminuição ao nível do funcionamento dos sujeitos em vários domínios das escalas funcionais. A única suposição investigada que não se revelou consistente, terá sido a existência de uma correlação entre o funcionamento cognitivo e a QdV dos pacientes, apesar de se terem referenciado algumas interligações estatisticamente significativas, estas careciam de teor lógico e não se coadunaram com aquilo que seria espectável ou com o que tem vindo a ser descrito na literatura.

A nossa investigação apresenta alguns pontos menos fortes. Em primeiro lugar, a nossa amostra é pequena e heterogénea, pelo que todas as inferências que poderão advir deste estudo deverão ter este factor em consideração. Julgamos que, com a eventual continuação desta investigação e com o estudo de mais sujeitos poderíamos determinar um modelo explicativo da QdV em doentes com tumores cerebrais, através da realização de uma regressão linear múltipla. Todavia ficam assinaladas as variáveis que poderão contribuir para o referido modelo. Outro aspecto passaria pelo recurso a ferramentas de avaliação da QdV mais específicas para os tumores cerebrais, como é o caso do módulo BN20 do QLQ-C30, permitindo-nos avaliar diversos sintomas específicos destas neoplasias. Estudos futuros deverão incluir populações maiores e incluir estes módulos na sua avaliação. Seria também interessante estudar a evolução destes pacientes, não nos restringindo a uma avaliação isolada tal como foi feito nesta investigação.

Conclusão

Quando nos encontramos a falar sobre uma tão abrangente temática como o cancro, é obvio que de imediato se levantam algumas limitações no seu estudo. A grande diversidade de tipos de tumores, os diversos estadios da doença em que o paciente se pode encontrar, as diferentes abordagens terapêuticas que se podem aplicar a cada um, associados, ainda, às diferentes idades em que surgem, as características sócio-demográficas dos indivíduos e a forma subjectiva e individual que cada um percebe a qualidade da sua vivência, levando-nos a constatar a grande complexidade de qualquer avaliação que se proponha identificar a qualidade de vida, ou os diferentes domínios que a constituem, no cancro.

O objectivo final dos cuidados de saúde é a restauração ou preservação da qualidade de vida relacionada com a saúde. Em termos clínicos, quando se lida com doentes com cancro cerebral existe uma particular preocupação em se preservar ou restaurar o funcionamento neurológico e na melhoria dos sintomas daí advindos. Contudo, a avaliação da QdV para determinar de que forma estes objectivos estão a ser obtidos ou não, são de crucial importância, pelo que a melhoria ou manutenção dos índices de QdV destes pacientes deve ser preponderante, principalmente naqueles com tumores de elevado grau de malignidade (Osoba, Brada, Prados & Yung, 2000).

Estes pacientes devem merecer especial atenção visto que, o diagnóstico de tumor cerebral é obviamente devastante, pela sua gravidade, conotação emocional e perspectivas inerentes, tendo um importante impacto na sua qualidade de vida, sendo por isso de crucial importância um apropriado tratamento sintomático, acompanhamento pelos profissionais de saúde e um suporte familiar adequado.

Bibliografia

- Bobes, J.,Gonzáles, M.P., Bascarán, M.T., Arango, C., Sáiz, P.A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry, 16*, 239-45.
- Brown, P., Ballman, K., Rummans, T., Maurer, M., Sloan, J, Boeve, B. et al. (2006). Prospective study of quality of life in adults with newly diagnosed high-grade gliomas. *Journal of Neuro-oncology, 76*(3), 283-291.

- Budrukkar, A., Jalali, R., Dutta, D., Sarin, R., Devlekar, R., Parab, S., et al. (2009). Prospective assessment of quality of life in adult patients with primary brain tumours in routine neurooncology practice. *Journal of Neuro-Oncology*, 95(3), 413-419.
- Charalambides, C., Dinopoulos, A., & Sgouros, S. (2009). Neuropsychological sequelae and quality of life following treatment of posterior fossa ependymomas in children. *Child's Nervous System*, 25(10), 1313-1320.
- Duncan, M.T. (2006). Obtenção de dados normativos para desempenho no teste de stroop num grupo de estudantes do ensino fundamental em Niterói. *Jornal Brasileiro Psiquiátrico*, 55(1), 42-48.
- Fleck, M.P., Leal, O.F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.
- Giovagnoli, A.R., & Boiardi, A. (1994). Cognitive impairment and quality of life in long-term survivors of malignant brain tumors. *The Italian Journal of Neurological Sciences*, 15(9), 481-488.
- Giovagnoli, A.R., Tamburini, M., & Boiardi, A. (1996). Quality of life in brain tumor patients. *Journal of Neuro-Oncology*, 30, 71-80.
- Harb, G.C., Heimberg, R.G., Fresco, D.M., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (2002). The psychometric properties of the interpersonal sensitivity, measure in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 961-979.
- Heinrichs, D., Hanlon, T., & Carpenter, W. (1984). The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-396.
- Ingle, R.J., Burish, T.G., & Wallston, K.A. (1984). Conditionability of cancer chemotherapy patients. *Oncology Nursing Forum*, 11(4), 97-102.
- Klein, M., Taphoorn, M. J. B., Heimans, J. J., Van Der Ploeg, H. M., Vandertop, W. P., Smit, E. F., et al. (2002). Neurobehavioral status and health-related quality of life in newly diagnosed high-grade glioma patients. *Journal of Clinical Oncology*, 19(20), 4037-4047.
- Kuehner, C., (2002). Subjective quality of life: validity issues with depressed patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106, 62-70.

- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-68.
- Massion A.O., Warshaw M.G., & Keller M.B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 600–607.
- Mauro, V., Mendlowicz, M.D., Murray, B., & Stein, M.D. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669–682.
- Morrow, G.R. (1984). Clinical characteristics associated with the development of anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 10(2), 1170-1176.
- Osoba, D., Aaronson, N.K., Muller, M., Sneeuw, K., Hsu, M.-A., Yung, et al. (1997). Effect of neurological dysfunction on health-related quality of life in patients with high-grade glioma. *Journal of Neuro-Oncology*. 34, 263-278.
- Osoba, D., Brada, M., Prados, M.D., & Yung, W.K.A. (2000). Effect of disease burden on health-related quality of life in patients with malignant gliomas. *Neuro-Oncology*, 1, 221-228.
- Pais Ribeiro, J. L. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/13840>.
- Pelletier, G., Verhoef, M.J., Khatri, N., & Hagen, N. (2002). Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *Journal of Neuro-Oncology*. 57, 41-49.
- Pimentel, F.L. (2003). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Tese de Doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Rocha, A.M. (2008a). *Escala de memória de Wechsler – 3ª Edição – Manual Técnico (1ª Ed.)* Lisboa: Cegoc-TEA, Lda.
- Rocha, A.M. (2008b). *Escala de inteligência de Wechsler para adultos – 3ª Edição – Manual Técnico (1ª Ed.)* Lisboa: Cegoc-TEA, Lda.

- Rodriguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Perez-Rodriguez, M.M., et al. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *Bio Med Central Psychiatry*, 6(20).
- Rogers, M.P., Orav, J., & Black, P.M. (2001). The use of a simple likert scale to measure quality of life in brain tumor patients. *Journal of Neuro-Oncology*, 55(2), 121-131.
- Scott, W.N., Fayers, P.M., Aaronson, N.K., Bottomley, A., Graeff, A., Groenvold, M., et al. (2008). On behalf of the EORTC Quality of Life Group. *EORTC QLQ-C30 Reference Values*. Brussels: EORTC Quality of Life Group Publications.
- Seabra, A.P.P.C. (2008). *Síndrome de burnout e a depressão no contexto de saúde ocupacional*. Tese de Doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- Shulman, K.I., Gold, D.P., Cohen, C.A., & Zuccherro, C.A. (1993). Clock drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(6), 487-496.
- Siegmán, A. W., & Smith, T. W. (1994). *Anger, hostility and the heart*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Silva, I., Pais Ribeiro, J., Cardoso, H, Ramos, H., Carvalhosa, S.F., Dias, S., et al. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.
- Soares, M., Moura, M., Carvalho, M., & Baptista, A. (2000). Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de *coping* na doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 19-25.
- The WHOQOL Group (1993). Measuring quality of life: The development of the world health organization quality of life instrument (WHOQOL), Geneve: WHO.
- Tombaugh, T.N. (2004). Trail making test A and B: Normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(2), 203-214.
- Torresan, R.C, Smaira, S.I., Ramos-Cerqueira, A., & Torres, A. (2008). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Psiquiatria Clínica*, 35(1), 13-19.

- Weitzner, M. A., Meyers, C. A., & Byrne, K. (1996). Psychosocial functioning and quality of life in patients with primary brain tumors. *Journal Neurosurgery*, *84*, 29-34.
- Wellisch, D.K., Kaleita, T.A., Freeman, D., Cloughesy, T., & Goldman, J. (2002). Predicting major depression in brain tumor patients. *Psycho-Oncology*, *11*, 230-238.
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., et al. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, *177*, 42-46.
- Wilson, B., Alderman, N., Burgess, P.W., Emslie, H. & Evans, J.J. (1996). *Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome*. England: Thames Valley Test Company.

